FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N° 975

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean DOUBLET

né le 25 Août 1931 à ARGENTEUIL (S. et O.)

Présentée et soutenue publiquement le : ..... 1967

## ROLE DES MILIEUX PROTEGES

## DANS LA READAPTATION DES HANDICAPES MENTAUX

Président : M. Jean DELAY, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544304_0032

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

T H È S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DOUBLET Jean

né le 25 Août 1931, à Argenteuil (S.-et-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

# RÔLE DES MILIEUX PROTÉGÉS DANS LA RÉADAPTATION DES HANDICAPÉS MENTAUX

Président : Mr. Jean DELAY, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de) , Giroud (A.), Hazard ( R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

## I.— PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| — | HUARD (P.) |
| Anatomie et cytologie pathologiques | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | VOURC'H (G.) |
| Bactériologie et virologie | TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.-F.) |
| — | POLONOVSKI (J.) |
| — | DESGREZ (P.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | MALMEJAC (J.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Biophysique médicale | BUGNARD (L.) |
| — | DOGNON (A.) |
| — | DJOURNO (A.) |
| Cancérologie expérimentale | MATHE (G.) |
| Chimie pathologique | SCHAPIRA (G.) |
| Génétique fondamentale | LEJEUNE (J.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | COURY (Ch.) |
| Histologie et Embryologie | TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) |
| — — | COUJARD (R.) |
| Hygiène et médecine préventive | BOYER (J.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale, Droit médical et déontologie | DEROBERT (L.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | N... |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| — | KUSS (R.) |
| — | VERNE (J.-H.) |
| Pathologie exotique | BRUMPT (L.-C) |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |

b) Professeurs à titre personnel :

| | MM. |
|---|---|
| Hématologie | ANDRE (R.) / BOUSSER (J.) |
| Hydrologie et climatologie | GIBERTON (A.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.) |
| Médecine | AZERAD (E.) / BOUR (H.) / CAROLI (J.) / DREYFUS (B.) / GROSSIORD (A.) / LAMBLING (A.) / LAUNAY (Cl.) / PAYET (M.) / PERRAULT (M.) / SIGUIER (F.) / WORMS (R.) |
| Néphrologie | RICHET (G.) |
| Neuro-chirurgie | LE BEAU (J.) |
| Neurologie | LHERMITTE (F.) |
| Neuro-psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Oto-Rhino-Laryngologie | MADURO (R.) |
| Pédiatrie | POLONOVSKI (Cl.) / ROYER (P.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) / MEYER (A.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |

II — PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Anatomie pathologique | GOUYGOU (Ch.) | Maladies infectieuses | DUPONT (V.) |
| Bactériologie | CHRISTOL (D.) | Neuropsychiatrie | TARDIEU (G.) |
| Biochimie médicale | CARTIER (P.) / GONNARD (P.) / NORDMANN (J.) | Pédiatrie | ROSSIER (A.) |
| Biologie médicale | HUETMANN (L.) | Physique médicale | COURSAGET (J.) / GREMY (F.) |
| Chirurgie | CERBONNET (G.) | Physiologie | GIRARD (Fr.) |
| Hématologie | BILSKI-PASQUIER (G) | Stomalogie | CHAPUT (Mme A.) |

III — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr.s. ch |

IV — PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|---|---|
| Hormonologie | MORICARD (R.) |
| Statistique médicale et épidémiologique | SCHWARTZ (D.) |

---

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Conseiller administratif | Mlle CHAINTREUIL (G.) |
| Conservateur en chef de la Bibliothèque / Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs | (Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H / LE NOIR (G.) |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), (Mlles DUROZOY (M-F), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MM:

| | |
|---|---|
| Pathologie médicale | LAROCHE -Cl.) |
| — | BRICAIRE (H.) |
| — | PEQUIGNOT (H.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | MAURICE (P.) |
| Pharmacologie | BOISSIER (J.-R.) |
| — — | LECHAT (P.) |
| Physiologie | BARGETON (D.) |
| — | PARROT (J.) |
| Physiologie et pathologie obstétricales | LEPAGE (F.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | N... |
| Thérapeutique | LAMOTTE (M.) |
| Thérapeutique appliquée | N... |

b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Anatomie | CABROL (Ch.) |
| Anatomie anthropologique | OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | NÈZELOF (Ch.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.) |
| Biochimie médicale | DREYFUS (J.-Cl.) |
| Biologie médicale | BOURLIERE (F.) |
| Parasitologie | LARIVIERE (M.) |
| Pathologie expérimentale | LOEPER (J.) |
| Physiologie | DEJOURS (P.)<br>SCHERRER (J.) |
| Physique médicale | KELLERSHOHN (L.)<br>GOUGEROT (L.)<br>ROUCAYROL (J.-Cl.)<br>TUBIANA (M.) |
| Radiologie médicale | FISCHGOLD (H.) |

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Clinique carcinologique | DENOIX (P.) |
| Clinique carcinologique chirurgicale(Necker) | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | SOULIE (P.) |
| — — (Boucicaut) | LENEGRE (J.) |
| Beaujon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| — | BAUMANN (J.) |
| Cochin | LEGER (L.) |
| Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| Salpêtrière | SICARD (A.) |
| Tenon | OLIVIER (Cl.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique | (Cochin)MERLE d'AUBIGNE (R.) |
| — — — | (Foch) PADOVANI (P.) |
| — — — | (Beaujon)CAUCHOIX (J.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique(Enfants-Malades) | FEVRE (M.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | DUBOST (Ch.) |
| Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) | MATHEY (J.) |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique dermatologique (Sain-Louis) . . . . . | DUPERRAT (F.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié). . . . . | DECOURT (J.) |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . . . . . | LAMY (M.) |
| Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) . . . . . | HUGUIER (J.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Sain-Louis) | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades). . . . | TURPIN (R.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard). . . . | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) . . . . . | BERNARD (J.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . . | CAMPAIGNE (P.) |
| Bicêtre . . . . . | DEPARIS (M.) |
| Broussais . . . . . | MILLIEZ (P.) |
| Cochin . . . . . | N... |
| Hôtel-Dieu . . . . . | BARIETY (M.) |
| Pitié . . . . . | DREYFUS (G.) |
| Saint-Antoine. . . . . | CONTE (M.) |
| Saint-Antoine. . . . . | KOURILSKY (R.) |
| Saint-Antoine. . . . . | BOUDIN (G.) |
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat). . . . . | DEBRAY (Ch.) |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale(Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais). . . . . | JUSTIN-BESANCON (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques ( Hôtel-Dieu ). . . . . | DEROT (M.) |
| Clinique néphrologique ( Necker ) . . . . . | HAMBURGER (J.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . . | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) . . . . . | GARCIN (R.) |
| Cliniques obstétricales . . . . . (Baudelocque. . . . . | LACOMME (M.) |
| (Saint-Antoine. . . . . | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal). . . . | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . . | OFFRET (G.) |
| — — (Cochin). . . . . | BRUGEAT (P.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière). . . . . | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie (Trousseau) . . . . . | MOZZICONACCI (P.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | THIERRY (S.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) . . . . . | BROUET (G.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière). . . | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin). . . | COSTE (F.) |
| Clinique de rhumatologie (Lariboisière). . . . . | SEZE (S. de) |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière). . . . . | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard). . . . . | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine). . . . . | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique (F. Widal) . . . . . | GAULTIER (M.) |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré) . . | JUDET (R.) |
| Clinique urologique (Cochin) . . . . . | ABOULKER (P.) |
| — — (Necker) . . . . . | COUVELAIRE (R.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) . . | LAPLANE (R.) |
| Séméiologie médicale (A. Chantin) . . . . . | DOMART (A.) |
| — — (Lariboisière) . . . . . | BOUVRAIN (Y.) |
| — — (Pitié) . . . . . | RAMBERT (P.) |
| — — (Rothschild) . . . . . | WOLFROMM (R.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais). . . . . | POILLEUX (F.) |

A la mémoire du Docteur Gustave BERAULT

qui assista ma naissance,
dont la disparition alors que j'étais
enfant me révéla pour la première fois
la douleur morale.
Il est pour moi l'image
prestigieuse du médecin.
A l'instant d'embrasser cette carrière,
je reconnais en lui l'influence
qui guida mon choix.

A mes parents

en témoignage de mon affection

et de ma reconnaissance pour leur

grande patience

A ma femme

A mes enfants

A mes amis

A Monsieur le Docteur André LAMARCHE

a qui je dois non seulement
la découverte d'une nouvelle
dimension de la Psychiatrie
mais encore une leçon continuelle
d'humanité.

A Monsieur le Docteur Pierre PENNEC

qui m'a enseigné et fait aimer la Psychiatrie

A Mademoiselle le Docteur Henriette MAILHEBIAU

A Monsieur le Docteur Claude GANRY

A Monsieur le Docteur Claude LESAGE

A Monsieur le Docteur Victor-Jean LIABOT

vous m'avez permis, mes Maitres, de
profiter de vos excellents préceptes, vous
m'en trouvez et m'en trouverez toujours
reconnaissant

A Monsieur le Professeur Paul SIVADON

- Professeur à l'Université Libre de Bruxelles
- Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
- Médecin-Directeur de l'Institut Marcel Rivière
- Ancien Président de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale

Au témoignage de ma très grande admiration
je dois, Monsieur, joindre celui de ma gratitude
pour votre accueil qui m'a profondément ému

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Jean DELAY

- Commandeur de la Légion d'Honneur
- Professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris
- Membre de l'Institut et de l'Académie Française
- Membre de l'Académie de Médecine
- Directeur de l'Institut de Psychologie

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

En témoignage de notre très vive gratitude

A Monsieur le Professeur Pierre DENIKER

- Chevalier de la Légion d'Honneur
- Professeur titulaire de la chaire de neurophsychiatrie de la Faculté de Paris

dont les conseils nous ont été précieux pour mener à bien ce travail.

A nos Juges

# P L A N

INTRODUCTION

- Objet de ce travail
- Motivation du plan
- Historique

PROGRESSION DANS LA READAPTATION

- Structure fonctionnelle des milieux protégés dans le sens de l'adaptation progressive
- Attitude thérapeutique
- Tolérance sociale

ORIENTATION

- Retour au milieu naturel
- Nécessités nosographiques
- Orientation vers l'utilité

COORDINATION

- Le cadre familier de l'équipe de réadaptation
- Structure fonctionnelle du réseau de réadaptation
- Rentabilité du système

CONCLUSIONS

- Notions paraissant actuellement acquises
- Tendance des recherches futures

# I N T R O D U C T I O N

La création des milieux protégés pour handicapés mentaux, dont l'apparition et la conception sont récentes (*) , dénote la prise de conscience de nécessités nouvelles et l'orientation sociale d'une branche de la psychiatrie.

Nous laisserons au Professeur SIVADON le soin de définir ce qu 'est le milieu protégé :

" On appelle, comme vous le savez, milieu protégé, aussi bien un centre de
" réadaptation qu'un foyer de postcure, qu'un atelier protégé, que même
" certaines formes d'hôpitaux, enfin tous les milieux qui , par nature,
" protègent le malade ou le déficient ou le sujet à traiter des complexités
" ou des insécurités du monde normal". (**).

Sous la dénomination de "milieux protégés" apparaissent donc actuellement des institutions ou des projets de centres, de clubs, de foyers, d'ateliers pour handicapés mentaux conçus dans un but de protection sociale et surtout de réinsertion dans la société des individus sortis accidentellement de leur milieu naturel à l'occasion d'une maladie mentale.

---

(*) "C'est surtout après la dernière guerre et dans les pays anglo-saxons que
" des efforts ont été, dans ce sens, déployés et qu'on s'est évertué à faire
" bénéficier par des activités de réentrainement socio-professionnel, par
" ailleurs éprouvées, la population des Hôpitaux Psychiatriques".
J. de Ajuriaguerra - Fr. Jaeggi - La place de la réadaptation dans la psychiatrie moderne - Réadaptation : Septembre-Octobre 1966.

(**) Les Milieux Protégés - Compte-rendu d'un colloque organisé par la Ligue Européenne d'Hygiène Mentale avec le concours de l'Union des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole au Centre de Post-Cure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest de BILLIERS - Santé Mentale : bulletin trimestriel publié par la Ligue Française d'Hygiène Mentale 1966 N° 3-4.

Replacer le patient dans un milieu normal, alors que les douleurs morales ou les extravagances de l'acmé de sa maladie sont calmées, semble une tâche aussi délicate et importante que la sédation même des troubles aigus. De même qu'une opération ostéo-articulaire doit être complétée par une rééducation fonctionnelle, de même que les progrès de la récupération des hémiplégiques sont devenus considérables lors de l'institution des mobilisations précoces, de même les milieux protégés doivent être l'instrument de la réinsertion sociale par une réadaptation progressive au milieu naturel.

La nécessité de telles institutions trahit l'insuffisance des méthodes thérapeutiques de la psychiatrie traditionnelle, à l'heure où la psychothérapie individuelle soutenue par une thérapeutique médicamenteuse active atteint une pleine efficacité.

En effet :

" les critères de guérison imposés par la collectivité ne coïncident pas
" nécessairement avec le but fondamental du médecin, qui est la sédation
" de la souffrance de l'être humain à lui confié"

comme le font si justement remarquer J. de AJURIAGUERRA et Fr. JAEGGI. (*)

Si ces critères sociaux ne sont point satisfaits, le but du médecin est cependant atteint, nous n'en voulons pour preuve que le chiffre de 80.000 sorties par an (moyenne nationale) noté par le Dr EY (**) . Toutefois, ces résultats restent précaires sans une étude plus précise de la resocialisation des individus qu'ils décomptent.

Cette resocialisation consiste essentiellement à aménager l'activité socio-professionnelle du handicapé répondant ainsi à l'exigence première de la société : le travail (mode proprement humain de relation avec autrui). Le travail retrouvé au sein de la société constitue donc le but premier de la resocialisation, le travail en milieu protégé restant le moyen le plus direct et logique d'atteindre ce but.

---

(*) J. de AJURIAGUERRA et Fr. JAEGGI. O.C. p. 1.

(**) Organisation des services psychiatriques publics en France - Colloqu Franco-Allemand - Bonneval 24 Juin 1966.

Le milieu protégé doit permettre l'exercice contrôlé du travail jusqu'à l'autonomie professionnelle la plus complète possible ; ce contrôle constitue un des meilleurs moyens d'observation, s'il est bien vrai que :

" tout médecin attache une importance particulière à l'altération du tra-
" vail qu'il découvre comme un des meilleurs signes d'alarme en pathologie
" mentale" . (*)

Pour être l'instrument de cette resocialisation, le milieu protégé doit répondre par sa structure à deux conditions premières.

D'abord, rester essentiellement thérapeutique, stimulant le handicapé au progrès par sa structure même, par son cadre, par le mode de vie que l'on y pratique, par le travail que l'on y accomplit, par les interrelations et interréactions au sein de la communauté, resocialisant ainsi par l'exercice de la vie en société.

Deuxièmement, le milieu protégé doit rester adapté tout au long des progrès du malade, donc il doit posséder une structure en échelons, en paliers, pour offrir le cadre qui convient à chaque étape.

Il importe de faire état également des conditions corrélatives. Ainsi, le milieu protégé doit permettre la possibilité d'un triple bilan - clinique, psychologique et social - permettant une fonction d'orientation précise. Pour appliquer utilement les conséquences de cette orientation, il doit posséder une structure en éventail aux multiples possibilités.

Structure en échelons et structure en éventail forment définitivement une structure en réseau. Il faut ajouter la nécessité d'une très grande souplesse de ce système et de la perméabilité indispensable entre les différents stages de manière que le handicapé soit toujours placé au niveau qui lui convient et dans le travail pour lequel il peut le mieux mobiliser son attention et où il aura le maximum de réussite.

En effet, présenter à un malade un travail de niveau inférieur ne pourra que l'inciter à régresser , par contre un travail trop difficile ne pourra que le décourager et le résultat sera tout aussi négatif.

---

(*) J. de Verbizier, Y. Bleuler et Mme L. Arbus Darier - Apport de l'hôpital psychiatrique à la connaissance de l'homme au travail - Archives des maladies professionnelles t. 22 n° 11 - 1961.

Du point de vue de l'orientation, les aspirations du malade doivent être prises en considération dans un souci de prévention de la rechute, rechute inévitable si le travail devient

" la tâche interprétée comme une fatalité de la condition humaine. Un acca-
" blant labeur, une malchance individuelle, une mystification , une aliéna-
" tion où le sujet, étranger à son travail, ne s'affirme pas mais se nie, ne
" se sent pas à l'aise mais malheureux, n'y déploie pas une libre énergie,
" mais mortifie son corps et ruine son esprit, où l'homme ne se sent chez
" soi qu'en dehors de son travail, et dans le travail en dehors de chez
" soi. (*)

Du point de vue social, le travail doit être choisi dans la direction où le handicapé sera le plus utile à la collectivité et, ici, interviennent non seulement l'aptitude du sujet mais aussi la tolérance de la société, tolérance plus ou moins grande, modifiée suivant l'état de ses besoins. Il ne peut venir à l'esprit d'orienter le malade vers une profession périmée ou surencombrée ; le marché du travail reste donc un facteur important du bilan socio-professionnel. Et c'est peut-être sur ce point que la réadaptation sociale diffère le plus des méthodes de l'ergothérapie traditionnelle.

Enfin, le réseau des milieux protégés doit se prolonger jusqu'aux limites de la réinsertion sociale maximale , c'est-à-dire que, partant de l'hôpital psychiatrique, elle doit étendre ses branches jusqu'au sein du milieu naturel où son but est de replacer convenablement le malade.

" La réadaptation restera limitée (dans sa portée et dans le nombre de
" ceux qui devraient en bénéficier) tant qu'elle ne se constituera pas sur
" le principe d'un déploiement de son exercice au sein de la collectivité
" naturelle et ceci par la mise en place d'un dispositif dont les ramifi-
" cations organiques vont littéralement s'accoler et adhérer à toutes les
" structures fonctionnelles de la société ". (**)

Ces quelques considérations paraissent démontrer la nécessité, pour une réadaptation socialement efficace, d'une structuration des milieux protégés multiples très coordonnés mais avec une extrême souplesse. Toutes ces qualités ne sont pas encore acquises par les milieux protégés dont l'existence est trop récente et dont la création en ordre dispersé n'a pu permettre toute la coordination souhaitable.

---

(*) J. de Verbizier - La crise de réadaptation sociale - 1954.

(**) J. de Ajuriaguerra Fr. Jaeggi O.C. p. 1

C'est pourquoi, une étude du rôle des milieux protégés et des nombreux problèmes que pose leur implantation nous a paru utile.

Le rôle des milieux protégés ne se borne pas à être le cadre-décor de la réadaptation. Il s'agit d'un rôle actif : ce cadre-ambiance doit être réadaptant par lui-même. L'essentiel est, par le jeu du travail, par l'expérience de la collectivité, de préparer le malade à la vie professionnelle et au plein exercice de sa liberté dans la société, en ne laissant à la psychothérapie individuelle qu'un rôle d'appoint sécurisant, ne lui réservant qu'une fonction interrompue, par petites touches de plus en plus légères, de plus en plus espacées, jusqu'au maximum d'autonomie du sujet.

C'est pourquoi, la structure des milieux protégés apparaissant au premier plan de la fonction de réadaptation, il nous a semblé convenable d'adopter comme plan de travail une sorte de topographie fonctionnelle de ces milieux.

Nous verrons donc d'abord les problèmes de la "PROGRESSION" du malade dans les différents stages de sa réadaptation ; ce qui correspond à une sorte de "trame verticale". Nous aborderons cette étude d'un triple point de vue :

1°) La structure fonctionnelle des milieux protégés dans le sens de la réadaptation progressive : chapitre qui expose le point de vue du malade, les difficultés auxquelles il se heurte à chaque changement de milieu et les moyens que nous mettons en oeuvre pour lui permettre de les surmonter.

2°) L'attitude thérapeutique : qui, posant les problèmes de la post-cure, du choix des thérapeutiques occupationnelles, des activités annexes de resocialisation, de l'attitude de stimulation au progrès, répond au point de vue médical.

3°) La tolérance sociale : qui, permettant à chaque niveau de la progression la déségrégation optimale des handicapés mentaux, jusqu'au retour dans le milieu naturel, répond au point de vue de la société.

Un second chapitre traitera de " l'ORIENTATION " décrivant la "trame horizontale" du réseau des milieux protégés sous le même triple point de vue.

1°) Le retour au milieu naturel : exprimant la diversité des orientations suivant l'origine sociale (urbaine, rurale), professionnelle, géographique et suivant l'aptitude et les désirs du malade.

2°) Les nécessités nosographiques : exprimant la nécessité du choix de la profession en fonction des défaillances électives et du comportement déviant du sujet, traitant de l'équilibre des groupes en fonction de la proportion d'individus de comportements donnés et de l'aspect bénéfique ou nocif de certains travaux du point de vue de l'hygiène mentale.

3°) L'orientation vers l'utilité traitant des possibilités d'intégration en fonction des besoins de la société et de la possibilité de tolérance du milieu d'accueil.

Un troisième chapitre envisagera la "COORDINATION" entre les équipes des différents stages , les directions des différentes institutions, abordant ainsi le "réseau" des milieux protégés par un plan visuel plus général et ceci toujours du même triple point de vue :

1°) Le cadre familier de l'équipe de réadaptation exprimant la nécessité d'une unité d'équipe tout au long de la réadaptation du malade.

2°) La structure fonctionnelle du réseau de réadaptation décrivant les relations devant s'établir entre les différentes équipes aussi bien dans le secteur qu'entre secteurs, aussi bien dans le réseau qu'avec les autorités extérieures à celui-ci, administratives, patronales, syndicales.

3°) La rentabilité étudiant le triple point de vue moral, économique et financier.

L'histoire des milieux protégés pour malades mentaux commence, dans notre société, avec la fondation des asiles d'aliénés, destinés à isoler le sujet, de comportement aberrant, de la collectivité et de ses intolérances :" protection pour lui-même de lui-même et de son entourage ainsi que pour son entourage de lui-même.

Nous ne pourrons consigner ici toute l'histoire des asiles, la richesse de la connaissance de la maladie accumulée par nos grands maîtres des siècles passés, les progrès des thérapeutiques, la promulgation de la loi de 1838 consacrant la notion de devoir de protection des malades mentaux, bref, la création de la psychiatrie telle que nous la connaissons.

Nous ne retiendrons pour notre propos que la révolution qui, en 1950, vit naître le premier neuroleptique. Premier d'une suite déjà longue de médicaments psychotropes, capable de calmer l'angoisse destructrice, de distraire l'hallucination ou de redonner l'élan vital nécessaire à la reprise en main d'un comportement déviant, il allait consacrer la vocation médicale de l'hôpital psychiatrique en annonçant cette possibilité : traiter efficacement et dans des délais convenables la maladie.

On connait l'extrême rapidité avec laquelle l'arsenal chimiothérapique s'est developpé. Malgré la cadence impressionnante de sortie des nouvelles molécules psychotropes, ces produits correspondaient à un tel besoin que l'on comprend l'effort admirable des équipes qui s'appliquèrent à les étudier aussitôt sur le plan clinique. C'est grâce à elles que les nouveaux médicaments ont été classés, répertoriés par activités et qu'ils sont devenus les souples instruments que nous connaissons dans les mains des thérapeutes. Ainsi, l'évolution vers la chronicité et l'aliénation ne sont plus les maux inévitables qu'ils étaient autrefois.

Nouvelle solution, les psychotropes apportèrent de nouveaux problèmes plus nobles et plus humains, certes, mais bien réels. Le premier a été l'adaptation de l'hôpital au nouveau comportement de ses pensionnaires : réduction extrême de l'importance des pavillons dits "d'agités", limitation jusqu'au minimum des sections fermées réservées soit à l'observation, soit à créer l'ambiance protectrice nécessaire aux troubles aigus, achèvent enfin de la disparition des méthodes carcérales et des moyens de contention.

C'est à partir de cette époque que l'on vit se développer à une allure de courbe explosive les "services libres" pour "cure libre", à l'exemple de ce qui avait été déjà réalisé en 1922 à l'asile Ste-Anne à PARIS sous l'impulsion du Dr TOULOUSE, innovation primordiale dans l'histoire de la déségrégation du malade mental.

Les psychotropes permettent une efficacité accrue des psychothérapies individuelles, rendant le malade plus perméable, plus coopérant, plus présent. Sa quiétude intérieure retrouvée va permettre de mobiliser toute son attention sur l'extérieur. Le cadre hospitalier s'en trouve transformé.

Si nous prenons pour exemple le cas très démonstratif du schizophrène : à la sortie du pavillon fermé, de grande protection, où il n'était jamais loin de la présence rassurante de l'infirmière, il va reprendre contact avec le concret,

avec le groupe, il va s'aguerrir et commencer la reconstruction de ses moyens de défense. Ce réapprentissage de la vie impose une ambiance adaptée. Chez le malade sentant des possibilités retrouvées, l'appétit de la liberté est exacerbé. Il ne peut plus tolérer les hauts murs. Il suspecte la loi de 1838 de l'entraver : il demande s'il peut voter, il désire contrôler la gestion de ses biens. En fait, ces velléités sont exprimées dans une attitude affective ambivalente, mélange de craintes et de témérités. Après la phase de volonté de disparition aux yeux du monde, de repliement sur soi-même, de mimétisme instinctuel, c'est la phase de la fuite en avant ou même de l'agressivité. Période de la fugue, du raptus anxieux, du geste auto-destructeur, elle impose une ouverture du cadre hospitalier, vers les situations analogiques permettant la reprise du contact extérieur d'une manière rassurante.

Ainsi, voit-on l'hôpital psychiatrique se métamorphoser dans son architecture comme dans son activité : services libres, ergothérapie, sociothérapie, rééducation psychomotrice, etc...

Toutefois, l'hôpital reste et doit rester une unité de soins, son ouverture progressive ne se conçoit que dans les limites de sa vocation hospitalière, le malade y reste toujours justiciable du traitement qu'il reçoit, quelle que soit la longueur du cours de son évolution. Sitôt que son comportement devient acceptable pour la collectivité, qu'il montre une stabilisation suffisante, qu'il est armé pour se passer d'une totale protection , il doit sortir pour poursuivre ses progrès face aux épreuves réelles. Sans quoi, il risque de prolonger indéfiniment sa carrière asilaire, se stabilisant dans une dépendance du cadre protégé qui l'enkysterait dans une impossibilité d'évolution favorable.

Cette nécessité de la sortie du malade, pour permettre sa stabilisation au sein de la société et non à l'intérieur de l'hôpital, impose les services de suite. Aussi, voit-on se développer actuellement les dispensaires d'Hygiène Mentale pour la surveillance prolongée du traitement.

" Un vaste réseau de consultations de dispensaires a été établi dans tout le
" pays depuis 20 ans. De 1938 à 1962, le nombre de ces centres de prophylaxie
" et de postcure est passé de 278 à 726, et le nombre de consultations est
" passé de 62.993 à 381.510. Il doit dépasser actuellement le chiffre de
" 500.000 ".

estime le Dr EY. (*)

---

(*) H. Ey . O.C.p. 2 **

Cependant, il semble bien que cette expansion doive arriver à une saturation rapide par pénurie de médecin consultant. En effet, il existe actuellement des séances de dispensaires comptant, par après-midi pour un seul médecin, jusqu'à une trentaine de patients, dont la surveillance médicale est, évidemment, strictement nécessaire. Nous arrivons donc ici à une impossibilité, malgré la volonté du médecin de "faire face". De plus, dans ces cas extrêmes, le service social attaché au dispensaire ne peut qu'être insuffisant et, sans les enquêtes sociales indispensables, le médecin ne peut juger que sur son malade hors du milieu naturel, des progrès de l'adaptation de celui-ci. Ce long examen est incompatible avec le nombre des consultations. De toutes façons, dans ce système, la réinsertion sociale du malade ne peut être surveillée que de loin et elle en est retardée.

On ne doit pas, dit le Pr. SIVADON :

" considérer comme un succès une réinsertion sociale, qui nécessite encore
" après des années, de nombreuses heures de soutien psychothérapique dans
" une communauté pauvre en spécialistes. (*)

C'est pourquoi , la nécessité d'un service social très développé s'impose-t-elle : service social rattaché, non pas à un dispensaire autonome, mais au service hospitalier et dont le dispensaire n'est qu'un instrument utile. La notion de sectorisation apparaît donc comme logique pour l'organisation d'un service de suite cohérent.

Le dispensaire, si utile soit-il, n'est cependant pas suffisant au service de suite ; car même bien informé par les enquêtes sociales, les visites à domicile des divers thérapeutes que le malade a connus dans le service hospitalier, il est nécessaire de la part de l'entourage, dans le milieu naturel, de faire un effort de compréhension, d'indulgence pour le handicapé.

" L'adaptation doit se comprendre (...) non pas seulement du point de vue du
" patient mais aussi du point de vue de la communauté : mettre en danger la
" santé mentale d'une famille pour maintenir artificiellement dans la commu-
" nauté un grand déficient ne constitue pas une bonne adaptation". (*).

---

(*) P. Sivadon . La notion de modèle analogique en psychiatrie sociale.
Congrès international de psychiatrie - Madrid 1966.

Pour parer à ce danger, la création de milieux protégés remplaçant provi oirement ou définitivement le milieu naturel s'imposait. Protection, soit à mi-temps, comme c'est le cas des hôpitaux de jour ou des ateliers protégés ou encore les hôpitaux de nuit ou les foyers protégés, soit à temps complet comme dans les centres de postcure ou les ensembles foyers-protégés ateliers-protégés, soit d'une manière plus intermittente comme pour les clubs d'anciens malades.

Exerçant une protection à des niveaux différents, de manières différentes, ces milieux protégés, de création encore trop récente, n'ont pu atteindre leur pleine efficacité dans la réadaptation des handicapés mentaux du fait de leur dispersion, de leur coordination encore insuffisante. Toutefois, leurs premières expériences permettent de vérifier le bien-fondé de l'espoir que l'on porte en eux et d'envisager ce que doit être le réseau futur des milieux protégés.

En effet, un colloque organisé par la Ligue Européenne d'Hygiène Mentale, grâce à l'aide de la Mutualité Sociale Agricole, au Centre de Postcure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest à Prières en BILLIERS, (*) les 27 et 28 Mai 1966, réunissant des spécialistes de différentes nations, a bien montré dans ses conclusions que, malgré la diversité des réalisations, l'originalité des conceptions, par-dessus les barrières culturelles et linguistiques, les problèmes posés par la réadaptation des handicapés mentaux étaient remarquablement les mêmes, les difficultés semblables, les conclusions et les projets d'avenir se rejoignent au fur et à mesure des expériences séparées mais parallèles.

---

(*) C.P.R.S.A.O. - Prières - BILLIERS - 56

# PROGRESSION

# DANS LA READAPTATION

---

La sortie de l'hôpital psychiatrique pose toujours un problème plus ou moins grave pour le malade récemment traité. Que le milieu naturel qui va le recevoir à la suite de sa retraite soit, ou hostile, ou trop protecteur, ou bien même qu'il réunisse les conditions idéales pour une bonne reprise de la vie normale, le malade, lui, n'est jamais sans appréhension, soit qu'une sourde honte de ce qui lui est arrivé l'induise à interpréter le moindre signe extérieur comme un reproche personnel, soit qu'un noyau psychotique mal résorbé ne le pose définitivement au fond de lui-même comme un étranger à la collectivité.

Le névrosé, bien que ne présentant plus les troubles initiaux qui nécessitèrent son admission à l'hôpital, ne va-t-il pas retrouver chez lui la même situation pathogène qui l'avait décompensé ? Même sous un traitement médicamenteux judicieux et convenablement suivi, éliminant l'anxiété première, ne va-t-il pas retrouver le cadre lui rappelant la période douloureuse précédant sa chute ?

L'alcoolique, soigneusement dégoûté de sa boisson préférée, ne craint-il pas de retrouver le cours de ses habitudes familières qui avaient vu se développer son intempérance incoërcible ou même, plus simplement, ne risque-t-il pas de voir son entourage amical absorber les boissons qui, par réflexe conditionné, déclenchent chez lui la plus vive répulsion ? Cet exemple est pourtant choisi à dessein dans le meilleur des cas : celui d'une cure de dégoût parfaitement réussie.

Le délirant ne se pose-t-il point au plus secret de lui-même le problème de la dernière vérification, sur place, de l'inanité de ses convictions antérieures ? Ne redoute-t-il pas la lueur ironique dans le regard des amis qui l'ont connu extravagant, ou l'inquiétude vigilante d'une famille qui redoute la rechute ?

Le schizophrène se sent-il une appétence suffisante pour une vie terrestre terne, dont il ne connaît pas les joies par rapport à l'ineffable émotion agréable et douloureuse de son imaginaire morbide ?

Le psychopathe est-il sans méfiance devant une société qu'il a voulu bafouer et qui l'a rejeté ?

L'épileptique, même s'il ne craint plus la menace de la crise, même s'il est rassuré par un traitement bien équilibré et la surveillance électroencéphalographique qui l'impressionne favorablement, ne redoute-t-il pas la lassitude déjà constatée de ses amis pour ses contacts par trop adhésifs ?

L'oligophrène, enfin rendu à la protection provisoire de sa famille trouvera-t-il une place dans une collectivité où sa fonction est dérisoire, sous les regards curieux et méfiants dont il est entouré, lui, le mutant, le dissemblable ?

Et quel pronostic social peut-on donner pour le malade rendu directement à l'anonymat de la société parce que sa famille a disparu ou qu'elle l'a définitivement rejeté ou encore, qu'elle doit être évitée à tout prix parce qu'elle est pathogène ? Sa place dans cette société ne peut lui être accordée qu'en échange d'un travail qu'il devra reprendre sans défaillance, alors qu'il est encore paralysé par le neuroleptique et, sans espoir de repos exceptionnel, de rythme particulier, puisqu'il est théoriquement soit "guéri", soit "en longue maladie" et ainsi, contraint à l'inactivité enlisante.

Certes, ces appréhensions plus ou moins fondées du malade n'auront pas toujours d'expressions et encore moins d'incidences malheureuses sur son évolution, sans quoi il n'y aurait plus de sortie possible de l'hôpital ; mais elles marquent bien l'existence du fossé entre la vie protégée et le monde extérieur.

Le fossé est d'ailleurs retrouvé à la sortie de tout établissement hospitalier, même lorsque celui-ci n'est pas spécialisé en psychiatrie, même lorsque l'évènement morbide survenu dans la vie du malade n'appartient pas au domaine de la pathologie mentale.

" Si, comme on le voit chez certains sujets à la personnalité fragile
" (immaturés) ou fragilisés par une atteinte antérieure, l'évènement mor-
" bide reste inassimilé, il se constitue une véritable intolérance à toute
" situation rappelant les conditions d'apparition de cet évènement. (...)
elle se traduira surtout par une incapacité de reprise du travail". (*)

Or, si l'on considère le travail comme "le mode proprement humain de relation avec autrui" (**), il est bien certain que nous nous trouvons au coeur du problème, devant un premier obstacle, peut-être le plus important, avant l'accès à la réinsertion sociale.

Le rôle du médecin doit donc être de prévenir l'échec devant cet obstacle, par la psychothérapie, par la mise en présence de situations analogiques, par une protection chimiothérapique suffisante. Toutefois, cette action ne peut que rester brève, souvent inachevée, étant donné la nécessité de la sortie précoce déjà envisagée.

C'est pourquoi les expériences de sorties directes aboutissent souvent à un échec.

La solution reste l'aménagement de l'obstacle, c'est-à-dire l'établissement de paliers successifs de réadaptation, la progression raisonnablement dosée du malade depuis l'hôpital jusqu'au milieu naturel.

---

(*) P. Sivadon - Préface de "la crise de réadaptation sociale" par J. de Verbizier

(**) J. de Verbizier. O.C. p. 3

# STRUCTURE FONCTIONNELLE DES MILIEUX PROTEGES DANS LE SENS DE L'ADAPTATION PROGRESSIVE

Dans ce chapitre nous parlerons de notre propre expérience dans l'équipe de Réadaptation du CENTRE DE POSTCURE ET DE READAPTATION SOCIALE AGRICOLE DE L'OUEST à Prières - BILLIERS - Morbihan. (*)

Le passager de nos rapides avions actuels, lorsqu'il débarque à l'aérodrome au terme d'une course avec le soleil, a déjà remis sa montre-bracelet en accord avec le fuseau horaire dans lequel il atterrit et ce, suivant les recommandations de l'hôtesse de l'air . Cependant il lui faudra 12 à 48 heures avant de ne plus ressentir le trouble-malaise de la désorientation temporelle.

Bien plus désorienté, est le malade, sortant de l'hôpital, qui se trouve brusquement en face de ses responsabilités, après la longue croisière hors du temps et du réel qu'a été pour lui, soit le délire, soit la cure de sommeil,soit simplement la retraite où il n'était préoccupé que de lui-même et du contrôle des troubles ressentis.

Pourtant il était bien prévenu, il s'était bien préparé à cette épreuve, il l'attendait même avec impatience, tout comme le passager que nous citions plus haut était impatient de descendre de l'avion après avoir remis sa montre à l'heure.

Le malaise éprouvé par le malade "sortant" est d'autant plus grand que sa sortie est plus précoce. Nous entendons bien par ce terme de précoce qu'il ne s'agit point d'une sortie précipitée après un traitement hâtif mais d'une sortie, sitôt obtenue sa possibilité raisonnable, au même titre que l'on parle de "lever précoce" pour l'accouchée.

---

(*) Une information complète sur cet établissement est parue dans la revue Information Psychiatrique de novembre 1964, N° 9.

Le dépaysement est d'autant plus angoissant qu'il doit se résoudre par un ajustement immédiat aux normes de la société. Or le sujet est affaibli dans sa faculté d'adaptation, son aliénation ayant été en fin de compte une incompatibilité avec la société, une désadaptation. La maladie est toujours, soit une absence de réaction à l'agression, soit une réponse trop vive et désordonnée au sens même de Selyes, de toutes façons une impossibilité de maintien de l'homéostasie au sens cybernétique ou, au sens social, un déséquilibre du maintien de l'individu à sa juste place dans la collectivité.

Sur quelles bases choisir les caractéristiques du milieu social d'accueil pour ce handicapé, sortant de l'hôpital au moment où son adaptation est encore précaire ? Comment guider ses premiers pas dans la jungle du monde libre ?

" La nature humaine est ainsi faite que l'adaptation exige un sentiment
" de sécurité. Toute situation qui se répète en sécurité provoque une
" accoutumance. Cette même situation, subie dans une atmosphère d'insécu-
" rité, provoque une sensibilisation qui, à la longue, sera génératrice
" d'angoisse ou de troubles fonctionnels plus ou moins graves.
" Or, ce sentiment de sécurité tient à ce que la situation est familière
" au sujet ou encore à ce que ce dernier est soutenu par un groupe humain
" en qui il a confiance". (*)

Ainsi la première condition à remplir par le milieu protégé de sortie sera de constituer un groupe sécurisant. La présence d'un médecin paraît en être un facteur important ainsi que celle d'une équipe d'encadrement solide, analogue aux yeux du malade à celle de l'hôpital qu'il vient de quitter. Enfin, un groupe de compagnons, ses semblables, où règne un esprit de camaraderie et de soutien mutuel formant le clan de défense commune, confirmera cette impression de sécurité. Nous reviendrons plus tard sur l'importance de cette ambiance d'entr'aide qu'il faut induire à tout prix au sein d'un milieu.

Quant à la familiarité du groupe dès le premier contact, elle peut être renforcée par la bonne intelligence manifeste qui règne entre l'hôpital d'où vient le malade et le milieu où il arrive, par le fait que la personne qui l'accompagne reste un minimum de temps avec lui et ne paraît pas l'abandonner à la porte, par la confiance qu'il peut avoir déjà donnée au médecin qui s'occupera de lui si celui-ci l'a déjà entretenu à l'hôpital, enfin peut-être surtout, par la chance qu'il peut avoir de retrouver dans le milieu protégé un ancien camarade venu de "son" hôpital.

---

(*) P. Sivadon - L'adaptation aux changements - Assemblée Générale de l'Association des Surintendantes d'usines et de services sociaux - 1964.

Ces circonstances favorables sont très importantes car

" le choc accompagnant l'affrontement d'une situation nouvelle s'accompagne
" de régression émotionnelle. Les conditions d'accueil doivent donc tenir
" compte de l'état infantile dans lequel est plongé tout nouveau venu. (*)

En opposition à ces conditions de "maternage" créant un climat exceptionnel, particulier à l'entrée, le milieu devant accueillir le handicapé doit respecter d'autres impératifs : d'abord correspondre à une sortie réelle, ensuite doser les responsabilités de celui-ci.

Correspondre à une sortie réelle : en effet, la sortie du malade resterait bien illusoire et il le ressentirait profondément et douloureusement, si elle consistait au passage d'un établissement fermé ou semi-fermé à un établissement où il ne jouirait que d'une identique apparence de liberté.

L'ambiance hyperprotectrice de l'accueil doit donc faire rapidement place à un climat d'exercice de la liberté retrouvée.

" Trop sécuriser c'est insécuriser parce que c'est diminuer la liberté. Une
" des libertés majeures de l'homme c'est le risque et enlever le risque com-
" plètement à l'homme c'est le contraindre. Quand on est dans une sécurité
" totale, on a vraiment le sentiment d'être privé de son autonomie, de sa
" liberté et également le sentiment qu'on ne saura peut-être pas se défendre
" si par hasard cette assise sur laquelle on compte venait à manquer ". (*)

Le milieu protégé doit donc procurer la surprise d'une liberté seulement limitée par les devoirs sociaux.

L'espace dont disposera le handicapé sera donc la société elle-même et non plus l'espace hétérotopique construit à son intention suivant une disposition analogique. Le centre protégé devra donc siéger au sein même de la collectivité avec une totale ouverture et des échanges réciproques incessants avec l'extérieur.

Nous verrons à ce sujet deux exemples d'implantation de centre de réadaptation, l'un en milieu rural, l'autre en milieu urbain.

Le deuxième impératif concerne les responsabilités du malade et leur dosage. Ici, nous trouvons la notion de sécurisation par l'équilibre des devoirs et des droits de l'individu au sein de la société.

---

(*) P. Sivadon - O.C. p. 15

Nous avons observé, dans l'organisation de l'entrée au Centre de Post-cure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest, l'établissement de ces premiers facteurs de sécurisation : accueil par les camarades mais présence d'un médecin et d'un encadrement bienveillant. Cela permet une rapide acclimatation dans le Centre qui apparaît alors comme un refuge ; refuge qui, s'il entretient une ségrégation relative au début, permettra toutefois au handicapé mental d'osciller suivant ses besoins du milieu réel au milieu privé où il pourra reprendre souffle en cas de sensation de danger. Mais cette quiétude ne s'exerce qu'à l'intérieur du milieu protecteur.

La meilleure armure pour le malade sortant à l'extérieur est la mise au point des critères sur lesquels il fondera son bon droit, c'est le respect d'une réglementation. Ainsi, par exemple, il pourra sortir quand bon lui semblera, mais seulement en dehors des heures de travail; ainsi, il devra être présent aux heures des repas ; ainsi, il devra demander des permissions pour les excursions lointaines.

L'entrave à la liberté n'est qu'apparente, mais le malade est rasséréné par la conviction de son plein droit de sortie dans les circonstances permises et sa crainte d'une responsabilité trop grande est atténuée.

De cette manière, le handicapé mental recueilli au point de régression thérapeutique où il est lorsqu'il sort de l'hôpital sera suffisamment rassuré pour entreprendre la progression du réapprentissage de la vie, c'est-à-dire sa réadaptation.

Certes, la distinction entre la thérapeutique, acte essentiel du Centre psychiatrique, et la réadaptation, rôle du milieu protégé, est délicate. Elle est définie par le Professeur SIVADON.

" La thérapie à mon sens, consiste en un double mouvement de régression et
" de progression. Régression plus ou moins brutale et transitoire ( hocs) ou
" discrète et prolongée (psychothérapie, chimiothérapie... ) à la faveur de
" laquelle les problèmes peuvent être assimilés. Progression, c'est-à-dire
" élargissement du cadre spatio-temporel et reprise d'une autonomie person-
" nelle permettant une adaptation suffisante . (*)

---

(*) P. Sivadon - Thérapie et Adaptation - Communication à la société de psychiatrie de l'Est - Strasbourg - 8.12.1964.

Ce texte éclaire bien le fait que la réadaptation entreprise par le milieu protégé réside dans la progression du malade depuis le point de désarroi qui se manifeste à la sortie de l'établissement de soins jusqu'au point d'autonomie le plus élevé possible. Il rend compte du fait que cette progression est inaliénable de la régression thérapeutique. Comme, de toutes manières, la thérapeutique psychiatrique consiste, en dernier ressort, à replacer un individu désadapté, aliéné, au sein de la communauté, nous pouvons être assurés que toute thérapeutique est réadaptation.

Il convient donc de ne pas dissocier ces deux actes tout en distinguant les deux notions.

Ainsi le milieu protégé, structuré, essentiellement dans le sens d'une progression comme le laisse sous-entendre le titre de ce chapitre, devra garder son attitude thérapeutique et respecter les lois de celle-ci, c'est-à-dire entretenir à chaque stade de la réadaptation le niveau régressif qui convient. Nous étudierons cette notion avec plus de précision dans le prochain chapitre.

Une autre manière de poser cette question consiste à chercher une distinction entre la notion de postcure et la notion de réadaptation, ainsi que de vouloir définir les différents laps de temps que l'on doit leur consacrer. Le terme de postcure précisant une phase de la thérapeutique et le terme de réadaptation impliquant l'évolution favorable du handicapé, nous nous trouvons devant le même problème entraînant la même réponse.

" Les distinctions absolues entre ces différentes périodes ou du moins les
" distinctions tranchées entre ces différents actes sont impossibles à faire
" Qu'est-ce qui est postcure ou période de postcure ? Qu'est-ce qui est
" période de réadaptation ? Comment définir leur durée ? C'est impossible à
" préciser dans la pratique . (*)

Il est par contre indispensable de distinguer trois périodes dans le séjour du handicapé au sein du milieu protégé de réadaptation.

La première période est celle de l'acclimatation au nouveau mode de vie période de reconnaissance du territoire, de la prise des habitudes familières, de la prise de conscience de cette assurance majeure : la sécurité ; période également de compréhension et d'assimilation de l'effort à fournir et du but à atteindre ainsi que des moyens pour y parvenir. C'est pour le médecin la période d'observation qui doit permettre une bonne orientation professionnelle.

---

(*) A. Lamarche - O.C. p. 1

La deuxième période est celle de la réadaptation proprement dite, c'est à-dire de la progression pour le handicapé. C'est une période essentiellement pédagogique.

La troisième période précède la sortie, c'est celle de la mise au point de la vitesse à acquérir dans le travail appris, de la préconnaissance des difficultés attendant le handicapé dans le milieu suivant, c'est-à-dire dans la grande collectivité extérieure ou dans un autre milieu protégé plus proche de la vie réelle, si un autre palier est encore nécessaire.

Bien que les première et troisième période soient les plus délicates, en pratique, la période de réadaptation proprement dite est la plus importante, la plus longue, celle qui demande le plus d'attention et d'effort soutenus.

Elle est occupée principalement par l'apprentissage ou le réapprentissage d'un métier.

L'anecdote veut que PINEL ait été frappé, lors de la visite qu'il fit à l'asile de Saragosse, par le fait que les malades indigents guérissaient en plus grand nombre que les malades payants.

Or, les premiers devaient, pour réduire leurs frais d'entretien, effectuer des corvées, des travaux, alors que leurs semblables plus fortunés n'avaient aucune obligation et restaient oisifs. PINEL conclut que le travail était un remède.

Cette observation, origine de l'ergothérapie, transforma plus tard le visage de la thérapeutique psychiatrique.

La réadaptation utilisera essentiellement ce moyen dans un but thérapeutique mais également dans un but de réhabilitation. En effet, comme l'indigent de Saragosse compensait tant bien que mal par son travail les frais de son entretien, le malade mis à un travail progressif, rentable, reprend conscience de son utilité pour la société et entrevoit les possibilités de redevenir un citoyen autonome et respectable.

" Le travail professionnel a un double rôle. Il a un rôle évidemment social
" car la connaissance d'un métier permet à l'homme de se reclasser dans la
" vie, mais il a aussi un rôle thérapeutique : l'apprentissage oblige l'homme
" à accepter une discipline et à se soumettre à un ordre ; nous aidons ainsi
" une personnalité malade à retrouver sa vraie structure. (*)

---

(*) A. Lamarche - C.C. p. 1 (**)

Toutefois, si le moyen thérapeutique appliqué en réadaptation est le même que dans l'acte d'ergothérapie, le mode d'application en diffère sensiblement.

Ainsi la différence apparaît dès le choix du travail.

L'ergothérapeute appliquant le travail comme un remède prescrira un ouvrage répondant aux capacités du malade et à son adéquation, dosant l'attention exigée, l'effort à fournir et sa durée, sans autre impératif et sans se laisser commander, en particulier, par des considérations de rentabilité. Le malade s'occupera donc à des tâches variées allant de la mise en charpie de tissu ou au pétrissage de pâte à modeler jusqu'aux travaux artisanaux complexes.

Par contre, la réadaptation exige un travail profitable à la société comme nous le verrons au chapitre de l'orientation. Et loin d'appliquer un travail au malade, il s'agit d'adapter le handicapé à un travail dans lequel il peut s'épanouir et qui lui permettra de gagner sa vie.

L'ergothérapeute variera les occupations en fonction de l'état changeant de son patient, lui proposant, après la poterie ou la vannerie, le travail du fer ou du bois ou le jardinage.

En réadaptation, le travail choisi lors de la phase d'observation sera autant que possible maintenu. Il aura un caractère graduel allant de l'apprentissage du geste à la conception de l'objet à créer.

Certes, les conditions thérapeutiques gardent toute leur valeur. Ainsi pour le schizophrène, dont l'attention concrète reste précaire, le soin des petits animaux (lapins, poulets) qui attache volontiers le malade, reste une bonne indication de début dans l'apprentissage des métiers de la ferme et peut être le point de départ d'autres activités très différentes.

L'ergothérapeute se doit d'éviter tout travail routinier ou choquant pour son malade.

En réadaptation il ne saurait être question d'éliminer certains travaux normaux pratiqués couramment à l'extérieur et que le handicapé sera appelé à effectuer. Ainsi, si nous reprenons l'exemple précédent du petit élevage, la tuerie des lapins et des poulets est aussi un travail.

Cependant, il semble bien qu'adapter un malade au travail ne consiste pas à le conditionner à un travail "à la chaîne".

Notre choix au C.P.R.S.A.O. a porté, bien au contraire, sur le travail artisanal et agricole en milieu rural qui

" ne pouvant se dissocier du réel, reste formateur de personnalités équili-
" brées et développe les facultés d'observation et d'adaptation aux circons-
" tances naturelles.
" Car il s'agit de rechercher et trouver l'activité professionnelle que le
" le handicapé pourra exercer et le milieu social dans lequel il pourra
" s'intégrer. (*)

Les méthodes pédagogiques utilisées pour l'apprentissage du métier réel répondent à des impératifs qui se sont dégagés de l'expérience effectuée au C.P.R.S.A.O.

" Pour obtenir des résultats favorables il faut :
" - susciter l'intérêt et le maintenir
" - agir progressivement
" - savoir ne pas proposer un but trop élevé ou inaccessible sans pour
" cela que l'objectif demandé soit au-dessous des possibilités du
" handicapé. Dans les deux cas nous n'obtiendrons pas le progrès mais
" la régression
- permettre des réussites.
" Il est souhaitable d'utiliser les méthodes concrètes et de n'enseigner la
" théorie que quand celle-ci est demandée, de maintenir un lien entre le
" travail et l'objet créé.
" Les techniques actives et les discussions en petits groupes dont des modes
" d'action privilégiés. (*)

Après le travail, l'effort de resocialisation est le second point marquant de cette période.

Ici la stimulation du handicapé à s'assimiler au groupe est le prolongement même de l'action thérapeutique hospitalière, à la seule différence qu'elle s'effectue au niveau supérieur. Il faut que la structure même du milieu protégé lui propose toutes les possibilités de groupes de dimensions variées et qu'il soit sans cesse sollicité à sortir du milieu même, ayant le libre choix, non seulement de ses camarades, mais des équipes sportives ou des groupes culturels ou récréatifs ; de plus , qu'il soit encouragé à adhérer à des groupes extérieurs.

---

(*) A. Lamarche - Réadaptation en milieu rural ( en cours de publication )
Bruxelles 13 et 14 octobre 1967 - Xème anniversaire de la Fondation J. Renson

La troisième période, enfin , est le temps de la dernière préparation avant la sortie. Pour le médecin c'est la période probatoire, celle de la synthèse de ce que le handicapé à acquis, de l'état de ses possibilités et surtout de l'examen de ce qui lui manque encore pour atteindre le maximum d'utilisation de ses moyens.

Au point de vue travail, futur gagne-pain du handicapé, celui-ci ressentira surtout l'originalité de cette période par le fait qu'il sera plus particulièrement sollicité pour son rendement. Après avoir appris à fournir un travail de qualité, il devra atteindre un bon rythme et une productivité normale. Par exemple, pour le futur maraîcher, après avoir à planter correctement une salade, les gestes économiques pour y parvenir, les conditions de terre, d'écartement, d'arrosage nécessaire, les impératifs saisonniers, il apprendra lors de cette période le nombre de pieds à planter en une heure pour un ouvrier moyen dans cette profession, norme exigée par les employeurs. Il aura à subir des examens plus nombreux qui en le stimulant lui permettront de constater les progrès qu'il a fait.

De même, de courtes périodes de travail chez des employeurs occasionnels lui permettront de se confronter avec les activités et les contraintes de la vie réelle.Elles le valoriseront par leur réussite. Leur échec accidentel sera immédiatement minimisé, dès le retour au milieu protégé, s'il est présenté comme expérience utile.

Ces essais seront commentés en groupe, ce qui permettra aux autres de bénéficier de cette expérience, de les inciter à en subir de semblables, et aux éprouvés de voir les insuffisances qu'il leur faudra combler, tout en se rassurant et en prenant confiance en eux-mêmes par l'épreuve surmontée.

Outre le travail, noyau de ces discussions, les problèmes inhérents à la resocialisation ne pourront manquer d'être évoqués : rapports avec les patrons, avec les autres ouvriers, mode de vie, de logement, problèmes de l'alcoolisme, de la gestion du budget... La liste en est fort longue et ne peut être qu'évoquée ici.

Ces difficultés sont majeures lors des premières sorties. Le handicapé affrontant entièrement la vie à l'extérieur est, avant l'épreuve, inquiet quant à la valeur de son travail, mais au retour c'est très généralement ses rapports avec autrui qui l'ont le plus embarrassé.

Bien souvent devant quelque obstacle dont il se fait une "montagne", la réintégration prévue à la fin de son épreuve lui paraît un dénouement impatiemment attendu. La réunion du groupe de camarades, dès sa rentrée, lui apporte le réconfort et l'ambiance favorable à l'assimilation de ses difficultés.

La sortie en groupe, par contre, lorsque l'emploi le permet, n'a plus du tout ce caractère anxiogène. A deux ou trois, les motifs d'inquiétude ne sont plus ressentis avec la même violence. Le groupe est là, et représente une émanation du milieu protégé.

Au point de vue travail même, l'entr'aide peut jouer pour donner à plusieurs individus le rendement utile qu'ils n'auraient pas séparément.

Une expérience probante dans ce sens est celle-ci : nous avons fait subir au C.P..R.S.A.O. une épreuve de sortie, de courte durée, à trois candidats jardiniers pour l'entretien d'un parc privé dont l'importance nécessitait la présence de trois ouvriers.

Le premier, dirigeant l'équipe, avait de trop réelles difficultés de contact pour sortir seul.

Le second, dont la thymie instable l'aurait facilement fait rejeter par un milieu non prévenu, établissait par contre très facilement ces contacts.

Quant au troisième, dont la volonté de travail fit merveille, son oligophrénie n'aurait certes pas permis de le laisser seul dans une place normale.

Ce test fut une réussite. Le travail assuré s'avéra très satisfaisant. L'entente des trois resta parfaite. Signalons qu'aucune affinité ne les avait rapprochés lors de leur séjour au Centre et qu'à leur retour ils se dissocièrent pour rejoindre, chacun, leurs anciens camarades respectifs.

Il en est de même, lors de la sortie définitive. Ainsi le handicapé réadapté, c'est-à-dire dont la socialisation ne pose pas un problème majeur et dont le rendement au travail permet une autonomie suffisante, peut trouver une place stable dans la société.

Par contre, les cas de difficultés d'intégration à la grande société, malgré une qualité de travail appréciable, sont justiciables de placements protégés, poursuivant le principe de l'entr'aide des handicapés, placements à plusieurs gardant des relations suivies avec le milieu protégé d'origine.

Enfin, les cas de rendement au travail nettement insuffisants ou de besoins incessants de sécurisation, pour lesquels une réadaptation plus longue nécessite parfois des années, sont justiciables d'un placement en milieu protégé du type foyers protégés, ateliers protégés, centres d'aide par le travail...

Il faut noter que ce passage entre les deux milieux protégés marque bien une nouvelle étape de la progression, ces nouveaux milieux étant plus petits, plus insérés dans le milieu naturel, exigeant plus de rapports avec celui-ci.

Là, les progrès peuvent s'effectuer à un rythme plus lent pour ceux dont la réadaptation est nécessairement lente.

Les foyers protégés sont de type familial, plus indépendants des organismes de prise en charge que le milieu protégé d'accueil à la sortie de l'hôpital, plus éloignés du fait médical. Le médecin n'y aura qu'une présence épisodique.

Les Centres d'Aide par le Travail et les Ateliers Protégés sont plus près du travail naturel, assurant des tâches utiles à la société et suffisamment rémunératrices pour participer à l'entretien du foyer.

Ces milieux restent bien réadaptateurs dans le sens où la sollicitation à l'autonomie de l'individu découle de la structure même, et de la manière dont il continue à perfectionner au maximum la connaissance d'un métier. Eux aussi débouchent sur la sortie définitive mais seulement au bout d'un temps généralement plus long.

Nous voyons, pour les cas les plus délicats, les milieux protégés s'échelonner en une série de niveaux ascendants depuis l'hôpital jusqu'au milieu naturel, système de progression évitant au handicapé le changement brutal du milieu hyperprotégé à la liberté dangereuse.

Le problème de la chronicité prend un aspect bien particulier ici, car une réadaptation qui ne progresse pas régresse. Et cette régression ne peut être que sanctionnée par le retour au stage de niveau inférieur, mais aussi d'activité réadaptatrice plus intense qui marque donc une volonté de rattrapage incessante.

Le handicapé ne peut séjourner dans un milieu protégé qu'un laps de temps défini, évitant toute adaptation malencontreuse au milieu artificiel. La durée du séjour sera de plus en plus longue au fur et à mesure que, dans l'échelle des milieux protégés, ceux-ci se rapprochent du milieu naturel :

- Séjour le plus bref possible au centre psychiatrique - séjour moyen au centre de réadaptation - séjour plus long si nécessaire à l'atelier ou au foyer protégé - avec l'espoir du séjour définitif au sein de la collectivité.

De même, tout au long de cette échelle, le travail sera de plus en plus authentique :

- Ergothérapie au centre psychiatrique - réapprentissage au centre de réadaptation - perfectionnement et entraînement par l'habitude à l'atelier protégé.

De même, l'emprise médicale sera de plus en plus lâche ainsi que l'équipement médical de plus en plus restreint :

- Centre hospitalier supérieurement équipé et très actif - centre de postcure nécessitant la présence médicale constante - foyer protégé ne recevant qu'épisodiquement la visite du médecin groupe d'anciens malades gardant le contact par l'intermédiaire du service social.

Il semble indispensable de comparer ces considérations théoriques sur les structures réadaptatrices avec des réalisations pratiques existant déjà. Nous avons choisi deux exemples représentant en quelque sorte deux pôles d'application : le premier étant le Centre de Postcure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest (*) dont le but est de réadapter des handicapés mentaux masculins dans le domaine rural, l'autre étant le Centre de Réadaptation et de Sociothérapie de Bordeaux (**) s'adressant à des femmes et dont le champ de resocialisation est le milieu urbain.

---

(*) C.P.R.S.A.O. - Domaine de Prières - BILLIERS - par MUZILLAC - 56.
réalisé par la Mutualité Sociale Agricole grâce au Fonds d'Action Sociale et Médico-Sociale de la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles.

(**) Centre de Réadaptation - "Rénovation " - 15, rue de Caudéran - BORDEAUX -33.

## LE CENTRE DE POSTCURE ET DE READAPTATION SOCIALE AGRICOLE DE L'OUEST

Le C.P.R.S.A.O. , réalisé par l'Union des Caisses Centrales de Secours Mutuels Agricoles, reçoit des adultes sortant de services psychiatriques et s'orientant vers les activités rurales et agricoles. Le Centre dispose de 150 places. Ses buts sont la revalorisation professionnelle, la reprise de contacts normaux avec la famille et la société, et surtout la réinsertion sociale et professionnelle . (*)

Ses moyens de faire progresser le handicapé sont ceux que nous avons exposés plus haut. Le stage au centre se divise en trois périodes : périodes d'observation, de réadaptation et de probation.

La période d'observation , que nous avions qualifiée, prenant le point de vue du handicapé, de période d'acclimatation, est grandement favorisée par l'organisation de l'accueil. Celui-ci est sous la responsabilité d'un comité de pensionnaires. Ce comité est tout particulièrement chargé d'entourer le nouveau venu et de lui faciliter la prise de connaissance du centre, l'un de ses membres, désigné pour quelque affinité avec l'entrant (par exemple venant du même hôpital), va , pendant deux jours pleins, lui faire visiter le centre,les villages voisins et les environs, lui présenter les moniteurs, les assistantes sociales, les infirmières, les médecins. Il est chargé de le renseigner sur toutes les commodités et toutes les règles de vie pratique de l'établissement.

Ensuite, le nouveau pensionnaire est mis au travail en fonction de ses goûts et de ses possibilités présumées. Les activités professionnelles étant nombreuses, il va successivement passer par plusieurs stages de professions différentes, ce qui doit lui permettre de choisir une spécialité répondant, à ses aspirations éprouvées par l'essai, à ses possibilités vérifiées, à l'ambiance inhérente à l'activité (dimension des groupes de travail, diversité des tâches et des modes de vie).

La période de réadaptation le verra apprendre un métier, une profession choisie sur une gamme assez complète d'activités agricoles, para-agricoles et d'artisanat rural.

---

(*) A. Lemarche - V-J Liabot - L. Blanchard - Aperçu historique de la création d'un centre de postcure et de réadaptation pour malades mentaux - Information Psychiatrique N° 9 - novembre 1964.

La ferme comprend : l'élevage bovin et l'élevage porcin, la grande culture, l'élevage avicole et une diversité de petits élevages (lapins, dindes, pintades, canards, perdrix, etc...)

Le jardin comprend : la culture maraîchère, l'horticulture, les serres maraîchères et horticoles, l'arboriculture, les parcs et les jardins.

Le bâtiment comporte des sections : de maçonnerie, de sanitaire et de chauffage central, de peinture, d'électricité.

Les activités artisanales sont : la menuiserie, la mécanique automobile, la mécanique agricole, la forge.

A ces quatre grandes rubriques, s'ajoutent des activités annexes : les services de conditionnement et de vente des produits agricoles, les cours de gymnastique rééducative, les cours d'enseignement général, allant de la simple lutte contre l'analphabétisme jusqu'à la préparation à des stages de formation ou de rééducation professionnelle, les cours de conduite automobile et de tracteur.

La resocialisation est surtout le fait de la proximité du village de BILLIERS sur lequel les portes sont ouvertes de jour comme de nuit.

Les activités sportives sont libres (sauf pour les séances prescrites de gymnastique rééducative). Il existe également des activités culturelles annexes : théâtre, cinéma, club de lecture, de télévision, de musique, de dessin, de poterie, de photographie, journal,... qui restent l'occupation des heures de loisirs.

La période probatoire est occupée par les activités intensives de mise au point, les groupes, les examens, le travail à l'extérieur de courte durée.

Les 150 pensionnaires sont répartis par pavillons d'habitation de 30 et par chambres de 5 divisées en box individuels comprenant : lit, placard, lavabo et table.

Chacun de ces pavillons est sous la direction d'un ménage avec enfants et dont le rôle est d'apporter l'équivalent familial, de créer l'ambiance du pavillon (organisation des fêtes, anniversaires, veillées de Noël et du Jour de l'An) ainsi que de veiller à l'entretien ( le pensionnaire fait son lit et range ses affaires, mais il est déchargé de tout soin de ménage).

Le restaurant est central et divisé en cinq salles à manger.

Une infirmerie de 25 lits est annexée au centre pour traiter les affections intercurrentes et les petites rechutes non justiciables de la réintégration hospitalière.

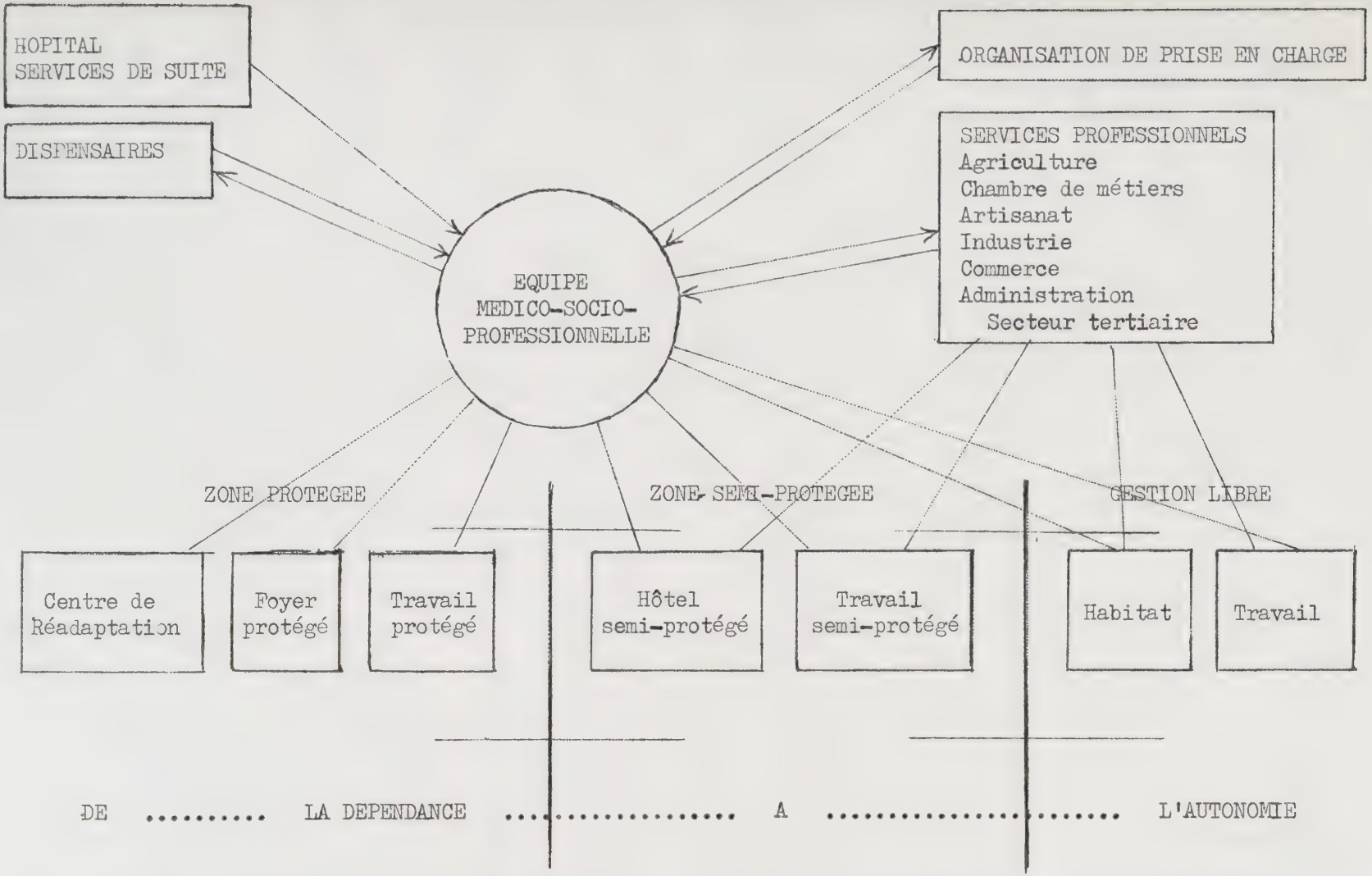
Les milieux protégés de suite projetés sont en imminence de réalisation, et permettront de compléter cette structure en paliers décrite ainsi par le Docteur A. Lamarche, Médecin Directeur de ce Centre. (*)

" Après l'hôpital ou milieu de soins, viennent les centres de réadaptation
" qui sont des milieux très protégés. Par beaucoup de côtés, ils sont encore
" assez proches des formes hospitalières, mais ils sont déjà ouverts sur
" l'avenir. Une zone protégée fait suite, c'est la zone de travail protégé
" avec ses foyers protégés.
" Toutes ces zones sont de protection importante mais décroissante jusqu'à
" des solutions extrêmement diverses existant en France comme à l'étranger,
" milieux de travail semi-protégé, hôtels semi-protégés , etc... Puis
" vient théoriquement une zone libre mais où subsiste une certaine surveil-
" lance et une certaine protection. Ainsi le trajet théorique du malade
" part de la dépendance absolue, de la situation d'hospitalisé à l'autonomie
" la plus complète (.....). Je pense qu'il faut éviter les structures
" et les solutions trop cloisonnées, les situations qui peuvent lui ( le
" handicapé) paraître définitives. Des milieux protégés que nous créons,
" nous pouvons faire des hospices améliorés, qui seront toujours des hospices.
" Il faut , par conséquent, que nous ayons une gamme de solutions permettant
" des paliers successifs. Nous savons bien que certains s'arrêteront à
" certains paliers, mais il faut que ceux qui peuvent dépasser ces paliers
" en trouvent les moyens. Or, par expérience, je sais que porter un pronos-
" tic à un moment quelconque de l'histoire du malade est très difficile. Nous
" avons tous été très étonnés par les résultats que nous obtenions chez des
" gens que nous avions condamnés, ou chez des gens pour lesquels nous avions
" de grands espoirs et qui nous ont déçus. (**)

---

(*) voir schéma du Dr Lamarche

(**) A. Lamarche O.C. p. 1. (**)




Structure de la coordination des milieux protégés par l'équipe de réadaptation suivant le Dr LAMARCHE, Médecin Directeur du C.P.R.S.A.O.

FOYERS SOCIOTHERAPIQUES DE BORDEAUX

Les Foyers Sociothérapiques de Bordeaux s'adressent à une clientèle féminine de 15 à 30 ans, d'intelligence normale. Comme dans l'exemple précédent, les malades proviennent des milieux hospitaliers.

Ce centre se compose d'un foyer d'accueil, de trois petits foyers, d'un foyer de vie collective (*). Ainsi morcellée en une grappe de petits foyers, implan : dans le milieu urbain, à distance modérée les uns des autres, cette formation socio-psychiatrique propose aux malades, dû fait de l'agencement des foyers, une progression en plusieurs étapes.

" Les jeunes filles traitées passeront durant leur séjour, du milieu très
" médical encore au foyer d'accueil, jusqu'aux appartements où elles vivent
" autonomes, avec le soutien que leur apporte seulement le service de
" suite." (**)

Le Foyer d'accueil peut loger 10 malades et comprend le matériel médical suivant : bureau du médecin, de la psychologue, de la directrice, des éducatrices et des infirmières. Une petite infirmerie de trois lits, appelée pavillon de repos, s'y trouve adjointe.

Les petits foyers sont des appartements du type F 5 abritant chacun 6 handicapéeset une éducatrice responsable.

Le Foyer de vie collective reçoit 20 jeunes filles (en annexe un atelier d'exécution où peuvent travailler une quinzaine d'entre elles).

Le service de suite dispose de locaux indépendants avec bureau de médecin, d'assistante sociale, d'éducatrice, une chambre de secours et une vaste pièce servant de club.

L'association dispose encore de deux appartements, elle y loue des chambres à des malades sorties du Centre, ce qui permet, dans des cas où la prudence s'impose, de maintenir une surveillance minimum.

Nous pouvons voir dans cette structure à trois étages le même découpage de la réadaptation que dans l'exemple précédent, c'est-à-dire en trois périodes : période d'observation et d'orientation au foyer d'accueil, période de stabilisation et d'effort pour l'apprentissage dans les petits foyers, période de mise au point dans le foyer de vie collective considéré comme un foyer de jeunes travailleuses.

---

(*) Voir schéma du Dr M. DEMANGEAT

(**) M. DEMANGEAT - O.C. p. 1 (**)

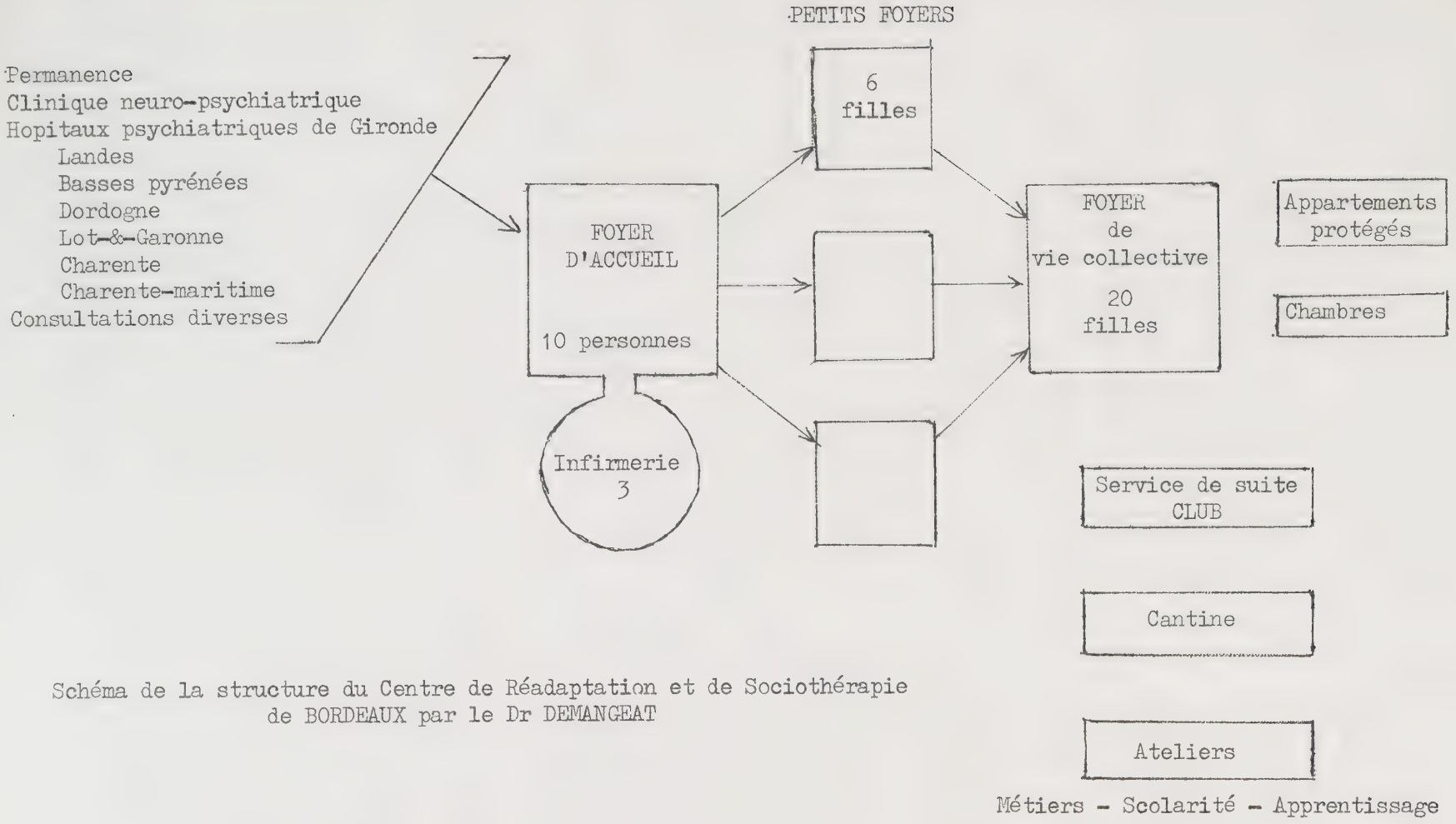



Schéma de la structure du Centre de Réadaptation et de Sociothérapie
de BORDEAUX par le Dr DEMANGEAT

Les types d'activités proposées sont : les activités de remplissage et d'entraînement (travaux de bas niveau à l'atelier, formation d'une culture générale, loisirs du type théâtre, poterie, musique, etc...) les activités ménagères, les activités scolaires (au foyer même, chez un professeur, dans les cours professionnels normaux.)

L'orientation professionnelle est délicate étant donné l'exiguïté du champ des professions féminines. Aussi ce centre parait-il mieux réussir sur le facteur sociabilité que sur le facteur autonomie, et sans doute s'accorder parfaitement avec ce qui semble être, en définitive, la vocation féminine.

Les buts de la réadaptation féminine peuvent être ainsi définis :

" Nos malades (...) sont adaptées, à la sortie du Centre, quand elles ont "acquis ces privilèges de l'adulte :

" Etre capable de vivre par ses propres moyens

" Etre capable de créer son propre milieu de vie

" Assumer sa sexualité." (*)

Ici la psychothérapie prend le pas sur l'apprentissage, mais celle-ci reste ouverte sur le groupe et sur l'extérieur en opposition avec les psychothérapies duelles des toutes premières périodes de la réadaptation.

" La sociothérapie ne peut se concevoir en système clos isolé de la réalité " sociale totale ; cette réalité sociale totale, GURVITCH la décrit comme " un ensemble de contra-punctique de niveaux étagés en profondeur. Tout " travail institutionnel qui ignorerait l'étagement des paliers de la vie " sociale et les interférences constantes entre ces différents niveaux, " risquerait de n'aboutir qu'à l'adaptation à une société close, retranchée " à une néo-aliénation. " (**)

Les différences essentielles entre la réadaptation de l'homme et celle de la femme sont fort bien vues par le Dr M. DEMANGEAT :

" Cette réadaptation féminine ne peut avoir ni le même rythme, ni les mêmes " objectifs que la réadaptation masculine. Les résultats n'en sauraient être " jugés en termes de rendement. Les enquêtes que nous avons pu pratiquer, " les propos des réunions de groupe nous rapportent, il en était besoin, " que pour la plupart de nos jeunes filles du sud-ouest, l'objectif profes-

---

(*) M. DEMANGEAT O.C. p. 1 (**)

(**) Thèse de Madame S. DEMANGEAT - Sociothérapie des schizophrènes en milieu ouvert. - Bordeaux 20 Février 1967

" sion est dévalorisé par rapport à l'objectif mariage - enfants-maison."(*)

Toutefois, au delà de ces différences dues à la dissemblance des sujets traités, la structure fonctionnelle dans le sens de l'adaptation progressive est la même. Nous y retrouvons les périodes, les paliers, les zones protégées, semi-protégées (appartements protégés), le service de suite pour la zone libre et enfin le même besoin de création de paliers supplémentaires.

" Une difficulté sérieuse, c'est l'absence de foyers protégés et
" d'hôtels d'hébergement, Y pourraient séjourner longuement les jeunes filles
" sortant du centre sans avoir pu acquérir autonomie suffisante ni métier
" rentable.(*)

ORGANISATION DE L'HYGIENE MENTALE A GENEVE

Un dernier exemple doit bien montrer qu'en réadaptation, les préoccupations restent toujours les mêmes : il s'agit de l'organisation des activités de réadaptation à Genève dont le centre psycho social universitaire de la clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air, réserve, parmi cinq équipes médico-sociales chargées de secteurs géographiques, une section de réadaptation sociale. Le schéma fonctionnel de ce centre et de ses dépendances expose assez clairement la similitude des conceptions avec les réalisations précédentes. Comme celles-ci il débouche sur une réalité concrète.

" La réadaptation ne vise pas à une notion abstraite (le travail en général)
" mais elle doit déboucher concrètement sur l'exercice d'un métier en
" particulier." (**)

Ceci implique dans le cadre d'une réadaptation à la vie industrielle, outre les notions d'ouverture vers autrui données par le travail authentique, une prise de conscience de la structure sociale complexe du monde urbain

" La réadaptation pratico-professionnelle place l'individu malade dans
" un groupe. L'activité qu'il effectue est en principe, plus utilitaire

---

(*) M. DEMANGEAT O.C. p. 1 (**)

(**) Fr. JAEGGI - Organisation de l'Hygiène Men ale à Genève et activité de réadaptation - Rev. Prat. Psycho - Vie Sociale et Hyg. Ment. - 1967 N° 1

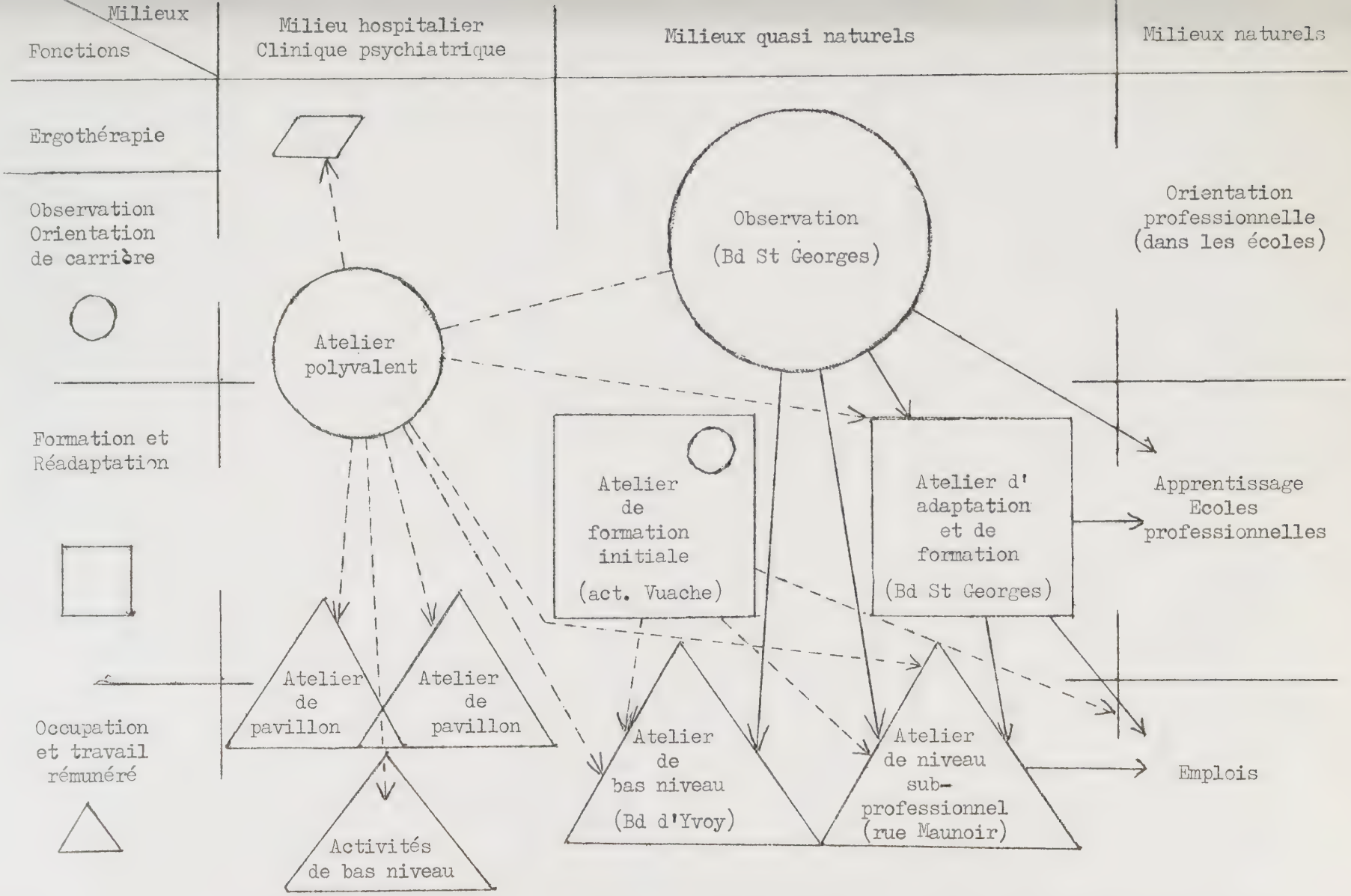



Schéma de l'organisation de la Réadaptation à Genève - F.JAEGGI .

" que créatrice. Le travail qu'il fournit n'est pas un travail pour lui,
" mais pour les autres ; ceci apparaîtra d'autant plus évident qu'il sera
" introduit dans une chaîne de travail, dans un processus de fabrication
" dans lequel il n'est qu'un élément du tout." (*)

Sans aller jusqu'au conditionnement nécessaire au "travail en miettes"(**) cette préparation à un ouvrage simplifié par sa spécialisation même peut paraître moins difficile que celle du travail naturel par excellence, celui de l'artisan ; elle est en fait plus délicate puisqu'elle doit aboutir, pour être complète, à une véritable conscience sociale par laquelle cet ouvrage redevient naturel. L'individu qui peint une carosserie à conscience de fabriquer une voiture parce qu'il est intégré au complexe industriel qui crée cette voiture.

" La réadaptation conçue ainsi ressemble davantage à la préparation
" à un poste de travail spécifique qu'à une formation professionnelle poly-
" valente. Avant de commencer on essaiera de se représenter le type d'acti-
" vités qu'on prévoit pour l'intéressé, les gestes à faire, la responsabi-
" lité de l'organisation de la vie quotidienne, la structure et le climat
" de l'environnement où s'exercera l'activité. On visera le maximum en
" tenant compte de ce que l'intéressé peut faire, de ce que l'environnement
" prévu pour lui exige et tolère, de ce que nous pouvons apporter pour faire
" coïncider ces deux déterminantes" (*)

Voici, semble-t-il résumé au plus court, les activités de ce centre.

---

(*) Fr. JELTSCH - O.C. p. 31 (**) -

(**) G. FRIEDMANN - Le Travail en Miettes -

# ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Le rôle du médecin, face aux problèmes des milieux protégés en matière de réadaptation, reste encore actuellement un rôle de créateur. Si l'ère des pionniers s'achève avec la possibilité qui nous échoit de recenser l'oeuvre déjà accomplie, et d'esquisser les premières ébauches d'une théorie du reclassement du handicapé mental, toute la mise au point des techniques envisagées reste à faire.

Dans le domaine de la psychiatrie, la méthodologie, au sortir de l'ère des classifications, cherche sa voie, tentant de combler le hiatus qui la sépare des sciences exactes. Plus éloignée peut-être de celles-ci que les autres spécialités médicales parce que science humaine par excellence, elle n'a pas eu, en tant que telle, la chance de présenter à l'étude une matière aussi stable et définie que la linguistique, seul exemple d'une science humaine entièrement engagée dans la clarté de la recherche quantitative. La nosographie elle-même, dont l'utilité paraît plus inconstestable à chaque pas de nos disquisitions, subit de fâcheuses mutations climatiques ; le simple mot change singulièrement de sens avec les écoles, et les bornes de la classification fluctuent au passage des frontières géographiques. Il est vrai, que le malade échappe avec une malignité désespérante à la question de concours : il ne veut correspondre qu'à une forme clinique individuelle unique, il est lui, et sa personnalité irréductible en nos équations, ne peut que nous inciter au respect. Nous devons nous contenter d'une connaissance statistique, et notre quête ne trouve en lui que des "patterns" (*) dont nous inférons des prévisions qui n'ont pas la valeur du pronostic de la médecine somatique. De même, l'action thérapeutique appliquée à ce malade, variable dans son essence et dans son parcours, ne peut être codifiée qu'avec une marge de liberté extrême.

Ainsi le terme de "technique" s'applique-t-il fort difficilement au travail de la réadaptation, du moins quant à l'image qu'il évoque de l'ouvrier façonnant une matière première homogène. Il s'agit plutôt d'un procédé semblable à celui de l'artiste, qui variera sa manière au gré de la veine de la pierre

---

(*) Nous donnons à ce mot le sens qu'on lui attribue en cybernétique.

qu'il sculpte ou de l'impression qu'il veut exprimer.

Aussi, lors de la création du milieu protégé on ne peut concevoir une machine précise dont chaque acte élémentaire serait prévu. Il s'agit plutôt de penser l'outil, plus simple et plus universel.

On ne doit point réaliser un agencement rigide valable pour tous, on ne peut pas construire sur mesure pour chacun, il faut garder toutes possibilités d'ajuster à chaque cas.

Il faut donc prévoir une structure souple, malléable, adaptable, vivante: c'est avant tout la réalisation d'une équipe. Le cadre des principes, des règles et des réalisations architecturales ne viennent qu'ensuite et par ordre d'intérêt décroissant.

Les deux pôles de l'oeuvre de réadaptation sont, le handicapé démuni à l'entrée, l'ouvrier socialement reclassé à la sortie. Ce double aspect nécessite deux spécialisations de l'équipe dans les deux techniques médicale et professionnelle. Le médecin, dans ce schéma, prend en responsabilité le handicapé pour lui prescrire les méthodes convenables lui permettant le progrès dans la connaissance d'un métier enseigné par l'élément professionnel. L'orientation du handicapé dépendant de ses possibilités (avis médical), contrôlées par l'apprentissage (jugement professionnel), de ses goûts et des nécessités corporatives de la société.

Apparaît ici un troisième élément coordonnant les deux autres, et même directeur dans le sens où le cerveau coordinateur dirige entre la sensation et le geste, entre l'information et l'action : c'est l'élément social. Ainsi se trouve structurée l'équipe médico-socio-professionnelle.

Il ne lui reste plus qu'à s'adapter aux besoins : du handicapé (travail médical), des techniques actuelles (travail professionnel), et de s'implanter le plus près possible du sein de la communauté (travail social).

Il est fondamental de noter la primauté de la création de l'équipe sur l'implantation immobilière. Ceci revêt une importance économique majeure. L'effort financier réel, demandé par l'équipe pour la création d'un milieu protégé, reste limité au strict nécessaire, et évite que toute l'application ne soit portée sur la construction d'un bâtiment coûteux, hypothétiquement adapté au travail d'une équipe à venir, car les méthodes ne se dégageront que dans l'action.

Cet effort, présidant à la création de l'équipe, sera moins important que pour celle du personnel hospitalier, puisque cette équipe sera plus restreinte, l'entourage médical se faisant de plus en plus lâche au fur et à mesure de la réadaptation.

Le Professeur P. SIVADON notait déjà, au niveau du centre psychiatrique cette nécessité d'une certaine économie du personnel qui est encore plus nette au niveau du milieu protégé.

" Il faut que le personnel soignant soit assez nombreux pour établir
" des relations humaines suivies avec les malades, mais il faut qu'il soit
" dans l'impossibilité d'aller jusqu'au bout de la demande de ces derniers
" Là encore, c'est à une dialectique du "donnant-frustrant" qu'il faut abou-
" tir, en moyenne bien entendu, chaque cas nécessitant un dosage progressif
" de maternage et de distenciation." (*)

Ayant constitué son équipe que l'on pourrait qualifier de "recherche" eu égard au contexte actuel, si toute équipe mécicale normalement orientée ne pouvait se targuer de cette qualité, le médecin doit s'atteler aux diverses tâches de la réadaptation qui sont ici dans l'optique de la progression : la mise au point de la thérapeutique médicamenteuse, des thérapeutiques occupationnelles et de la resocialisation des sujets à lui confiés.

## LA THERAPEUTIQUE CHIMIQUE PENDANT LA PERIODE DE READAPTATION

La thérapeutique chimique, au niveau du centre de réadaptation et des milieux protégés qui lui font suite, est la continuation des remèdes prescrits au centre hospitalier.

La difficulté est d'adapter le traitement à l'activité et de le maintenir suffisamment longtemps, malgré la lassitude et la moindre surveillance progressive des prises.

Le médecin de dispensaire de postcure connaît bien ces obstacles, et l'on peut dire que la majorité des rechutes est dûe à la cessation du traitement.

Le milieu protégé sous surveillance médicale est incontestablement plus favorable, non seulement à l'ajustement précis des doses au long de l'évolution, mais aussi à une étude, qui reste à faire, de cet ajustement.

---

(*) P. SIVADON - Quelques principes de la thérapie institutionnelle - l'évolution psychiatrique - 1966 - N° 2

En effet, l'arrivée du handicapé au centre de postcure et de réadaptation correspond à une mise au travail véritable. L'expérience de l'effort à la tâche sous traitement s'en trouve authentifiée. Certes, il ne pourra donner un rendement maximum d'emblée, et la quantitié de son travail doit être mesurée par l'importance de la thérapeutique médicamenteuse qui lui est appliquée. Toutefois, la simple expérience montre que le traitement doit être diminué au fur et à mesure de l augmentation de l'ouvrage accompli.

C'est donc par tatonnements que l'on obtient l'équilibre entre ces deux facteurs.

La mise en présence du handicapé avec un travail ressenti comme valorisant sera généralement pour celui-ci une stimulation très efficace. En outre, son entrée dans un milieu nouveau où il a tout intérêt à se faire valoir, agira dans le même sens. Aussi les premiers temps sont-ils marqués par un effort très important et mal calculé,alors que le traitement chimique ambulatoire est encore maximum.

Malgré la précaution prise d'un horaire réduit imposé, cette période est donc fort riche d'enseignements quant à cet équilibre activité-traitement, et le médecin aura la possibilité de constater la tolérance au médicament de son malade en pleine tension de lutte.

Il observe presque constamment un amaigrissement, souvent une recrudescence des effets secondaires : vertiges, lipothymies, hypotensions orthostatiques, somnolence progressive par épuisement rapide.

Cette période d'hyperactivité de bonne volonté allant de quelques jours à un mois, peut se terminer si l'on n'y prend garde, par une véritable alerte de rechute : épisode délirant, phase d'excitation ou de dépression, nécessitant une augmentation du traitement et une mise au repos provisoire, total ou relatif.

Cette petite rechute ne peut être confondue avec celle, plus précoce (dès les premiers jours), déclenchée par les émotions du changement d'ambiance à l'arrivée.

L'épreuve de l'effort trop grand sous traitement, démontre la nécessité d'une activité plus modérée.La réadaptation consistant à amener le handicapé à une activité la plus proche possible de la normale, la nécessité d'un traitement minimum en est le corollaire inévitable. Bien évidemment, la dose minima du médicament jouxte l'insuffisance et ses dangers de rechute, mais la présence quotidienne du médecin spécialisé permet la correction nécessaire dès les premiers signes alarmants.

Ayant ainsi obtenu pour une thérapeutique chimique donnée une activité maximale, le travail étant un traitement par son rôle de réinsertion dans le réel, de distraction du délire, de valorisation de l'individu, d'extraversion du malade trop complaisamment tourné vers son monde intérieur morbide, l'amélioration partielle en découlant autorisera une nouvelle baisse et jusqu'à une limite personnelle à chaque malade.

Tout au long de cette évolution, l'observation de l'état du handicapé sera faite, d'une part suivant la séméiologie psychiatrique classique lors des consultations au cabinet du médecin et sur son attitude face à la micro-collectivité du centre comme ceci est pratiqué à l'hôpital - et d'autre part, sur son comportement au travail. Le geste de l'ouvrier, sa coordination, sa rapidité, sa vitesse d'assimilation, le degré d'initiative qu'il nécessite, mesurent le handicap, décèlent la séquelle morbide (incoordination, absences autistiques ou épileptiques, etc...) révèlent l'effet secondaire du traitement (rigidité, essoufflement, vertiges, etc...)

De plus, l'observation de l'attitude, signalée plus haut, devant la micro-société est complétée par celle de l'appétance à s'intégrer à la plus grande société, ce à quoi le handicapé est sans cesse induit. Il ne s'agit plus ici de son avidité de "sortir", qu'il conservera encore s'il ressent le centre de postcure comme un centre de traitement, un second hôpital, mais de ses réussites dans les sorties qu'il a tout loisir de faire. Les uns marcheront droit devant eux, arpentant un territoire plus vaste, formes dégradées de fugues, d'autres iront en groupe au spectacle, au restaurant, véritables petites "bordées" de détente. Ces dernières, si elles impliquent une moindre anxiété devant le monde, ne peuvent en aucun cas être assimilées à une tentative de réintégration dans la société. D'autres, lors de sorties plus raisonnables, chercheront le contact humain extérieur, se renseignant sur la pratique du métier qu'ils apprennent, liant des amitiés. Ainsi, nous avons eu la surprise au C.P.R.S.A.O. de découvrir que l'un de nos handicapés, cependant marqué par une incoordination motrice notoire, était devenu maître de chorale bénévole de l'église du village voisin,; signalons que son état était absolument étranger à toute excitation maniaque.

Notons enfin, que pour autant que le centre de postcure est plus proche du milieu naturel que le centre de traitement psychiatrique, le vécu des causes déclenchantes de rechutes sera plus authentique que celui d'un milieu analogique, et que son observation pour le médecin ne peut qu'en être plus riche. Le danger

en est bien sûr plus grand mais également plus facile à pallier, du fait de la présence médicale, que celui survenu après la sortie définitive loin de toute surveillance. Le risque de toute manière doit être proportionné aux possibilités de défense du malade, donc plus grand en postcure qu'en cure.

Dans le milieu protégé faisant suite au centre de postcure (ateliers, foyers, etc...) si le handicapé n'est plus suivi dans son activité, au moment où il exerce dans l'intimité du geste pourrions nous dire, du fait de l'épisodisme de la présence du médecin, les relations directes de celui-ci avec l'employeur permettent encore une observation plus précise de cette activité que ne l'accorde le simple entretien en consultation.

USTEMENT PROGRESSIF DU TRAITEMENT

La plus grave difficulté rencontrée par le médecin d'un centre de réadaptation dans l'ajustement progressif d'un traitement antérieurement prescrit est la complexité de celui-ci.

En effet, si la baisse progressive d'un neuroleptique, par exemple, ne réserve pas de surprises graves en suivant les principes énoncés plus haut, l'association de deux produits, un neuroleptique et un thymo-analeptique par exemple, demande plus de délicatesse, car la diminution des deux produits ne sera pas proportionnelle : l'état thymique obtenu à un certain équilibre des doses des deux ne sera plus le même à des doses proportionnelles inférieures.

Ainsi le neuroleptique est plus souple à manier, alors que généralement le thymo-analeptique sera maintenu longtemps à sa dose initiale ; mais l'on connaît la brusque libération du raptus anxieux sous psycho-analeptique lors d'une insuffisance de neuroleptique.

Toutefois, ces équilibres sont assez connus pour que la diminution du traitement n'entraine pas d'inconvénients majeurs, l'action d'un produit étant suffisamment distincte de celle de l'autre, on peut à chaque phase thérapeutique reconnaître les sur ou sous-dosages de celui-ci ou de celui-là.

Les effets secondaires seront corrigés en bloc d'une manière symptomatique sans qu'il soit, en général, besoin de les attribuer électivement.

L'association de deux psychotropes ayant des domaines communs d'action est plus délicate à manipuler car la démonstration de l'activité spécifique de

l'un des deux sur un individu donné ne peut être faite que par tâtonnements. Ainsi sera l'association d'un neuroleptique avec un tranquilisant sédatif ou anxiolytique, ou avec un autre neuroleptique ; d'un neuroleptique majeur ou incisif avec un thymo-analeptique ou avec un neuroleptique sédatif.

Quant à l'association de trois psychotropes, pour peu qu'ils soient de même famille, elle commence à poser des problèmes apparentés avec celui des trois corps en mécanique générale. Que dire de l'association de produits multiples ? Elle est le fait de malades dont la thérapeutique est sans doute très difficile à établir mais pour lesquels l'équilibre obtenu est fort instable et ne résiste généralement pas à la moindre poussée dans un sens ou dans l'autre ; c'est-à-dire qu'il est pratiquement impossible de définir une technique de diminution du traitement, cette action reste sans doute dirigée par l'intuition du médecin, celui-ci ne disposant pas des énormes machines nécessaires aux calculs opérationnels.

Or, ce déséquilibre se manifestera souvent dès la mise au travail, si ce n'est déjà au simple changement de cadre de vie. Bien souvent, ces thérapeutiques sont condamnées à être abandonnées, mais alors leur remplacement pose les problèmes d'un nouvel équilibre à atteindre et oblige fréquemment à faire cesser l'activité professionnelle.

De plus, l'effet de potentialisation des psychotropes associés, se traduit au niveau des effets secondaires, et compte tenu de l'exarcerbation de ceux-ci, lors de l'effort d'apprentissage, il est net que nous avons là un grave facteur de troubles pour la réadaptation.

La toxicité des psychotropes est également augmentée par l'association. Ainsi l'intoxication massive a fait l'objet de travaux qui, en particulier, mettent en évidence l'importance du facteur association.

" L'association des neuroleptiques aux hypnotiques qu'ils potentialisent
" est utilisée dans la technique moderne des cures de sommeil ainsi que pour
" obtenir des actions sédatives plus puissantes. Dans cette pratique cepen-
" dant il convient de se souvenir que la potentialisation exalte la toxicité
" des hypnotiques classiques." (*)

---

(*) J. DELAY et P. DENIKER - Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie - Masson - 1961

" Lorsqu'un malade veut se suicider par absorption il fait rarement
" confiance" à un seul produit, et il absorbe alors un cocktail riche et
" varié dans ses éléments (...) chacune des drogues apportant sa toxicité
" propre, créant avec les autres une potentialisation de ses effets nocifs
" et faisant naître des dangers nouveaux." (*)

Mais, la toxicité à longue échéance des doses thérapeutiques pour ces associations reste méconnue, et le "primum non nocere" impose la simplification du traitement à la phase de l'entretien.

La restriction des doses constitue le second impératif permettant de négocier l'utilité incontestable du psychotrope et son danger hypothétique à la longue.

" Comme la plupart des thérapeutiques chimiques modernes (antibiotiques,
" hormones, etc...) les chimiothérapies psychiatriques laissent peser sur
" l'avenir de l'individu, et même de l'espèce, une question qui préoccupe
" tous les spécialistes, celle de l'éventualité d'accidents à long terme.
" Dans la mesure où ceux-ci seraient totalement imprévisibles, on pourrait
" en faire présentement abstraction en fonction des résultats immédiats obte-
" nus. Cependant l'usage croissant des chimiothérapies au long cours justifie
" à nos yeux des études systématiques analogues à celles qui sont exigées
" pour des produits chimiques entrant dans l'alimentation et qui doivent
" porter sur plusieurs générations d'animaux. Toute recherche, même parfai-
" tement théorique, qui vise à prévoir la nature des risques de l'emploi
" prolongé des médicaments chimiques devrait être systématiquement
" encouragée." (**)

Si simplification et minimum utile semblent être les principes de l'établissement du traitement de longue durée, il n'en reste pas moins que les cessations brutales de traitement s'observent avec une très grande fréquence alors même que ces conditions sont remplies.

---

(*) E. PLANET - Contribution à l'étude des incidents et accidents dûs aux nouvelles chimiothérapies en usage en neuropsychiatrie. -
Thèse - Toulouse - 1965

(**) J. DELAY et P. DENIKER O.C. p. 39

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer ces faits. C'est d'abord l'attachement morbide qui pousse le délirant paranoïde à supprimer en cachette l'obstacle à ses phantasmes, ou pour le névrosé, à revenir par tous les moyens à son système d'irresponsabilité.

Il est en effet remarquable, que lorsque la cessation de traitement a une conséquence immédiate désagréable, on observe beaucoup moins le phénomène. C'est le cas des anticomitiaux. C'est le cas des anxiolytiques.

Une autre raison parfois avancée par le malade repentant de son erreur est le besoin d'éprouver la validité de son traitement, poussé par l'espoir d'être totalement guéri, le médicament quotidien étant l'image symbolique, la preuve sans cesse assénée de son handicap.

Le remède à cet état d'esprit paraît la psychothérapie tendant à obtenir l'acceptation du handicap. Le défavorisé puise généralement dans l'entretien avec son médecin la force de surmonter son désavantage, l'image quasiment publicitaire de certains handicapés moteurs célèbres dont les exploits sportifs sont relatés dans les journaux, le hante et lui trace la voie. Il considère l'examen de ses infirmités comme un germe de résignation. Il est nécessaire de l'amener à tenir compte de ses déficiences afin de les pallier efficacement, ce qui consiste entre autre pour le handicapé mental à prendre son traitement. C'est là assumer son handicap.

Enfin, les effets secondaires induisent le malade à se considérer comme intoxiqué, produisant une sourde anxiété bien difficile à distinguer de celle propre à son état. Déjà infériorisé par sa maladie, il se sent encore plus écrasé par le médicament, et bien souvent cette notion ressortira lorsqu'elle sera perçue sur un mode délirant où le malade exprime que l'on veut l'empoisonner doucement, le détruire dans un but de protection de la société. Il n'est pas impossible que cette anxiété soit l'alerte instinctive de protection lors de la transformation subtile de ses moyens de défense par le psychotrope.

La simplification du traitement arrivant obligatoirement à une limite impérative, il paraît indispensable de rendre moins complexe et moins astreignant la prise des médicaments. Récemment l'apparition d'un neuroleptique retard (*) a pu donner quelque espoir dans ce sens ; hélas la suite des correcteurs laisse au traitement toute sa complexité.

---

(*) Oenantate de fluphénazine

Il semble qu un retour à la prescription magistrale dans ce domaine, permettant de réduire la prise à un cachet unique, serait hautement souhaitable. Cette hypothèse demande une étude des tolérances au mélange des multiples produits utilisés.

## HERAPEUTIQUES OCCUPATIONNELLES

La mise au point des thérapeutiques occupationnelles consti e le second objectif du médecin de milieu protégé de sortie et, cette proposition est plus propre à la réadaptation pour autant que celle-ci soit dissociable de la postcure puisqu'elle est thérapeutique et reste donc tributaire de la dialectique thérapie-adaptation.

" C'est le mouvement de la progression qui se trouve freiné le plus
" souvent par la persistance du problème qui tend à ressurgir dès que le
" repli régressif est abandonné. Et il importe à ce stade d'être attentif
" à utiliser de façon active et variée les méthodes de traitement que nous
" avons appelées "analogiques". Ces dernières s'apparentent aux méthodes
" pédagogiques de formation, par opposition aux méthodes d'apprentissage
" qui relèvent davantage du processus d'adaptation. Elles vont des méthodes
" de désensibilisation aspécifique aux psychothérapies de tous ordres en
" passant par toutes les méthodes de rééducation fonctionnelle et les théra-
" pies collectives dites institutionnelles. Elles représentent donc l'essen-
" tiel de l'arsenal du psychiatre. C'est à leur sujet que l'on hésite parfois
" à parler plutôt de thérapeutique de réadaptation." (*)

Donc en réadaptation, le thérapeute utilisera plus volontiers les méthodes d'apprentissage mais tout en restant lié en grande partie à des formules pédagogiques "analogiques". Ainsi; le travail proposé sera véritable mais le salaire restera analogique, le pécule conservera la forme imposée par la conjoncture économique ; l'horaire sera celui de l'ouvrier, mais les séances de travail seront interrompues par les heures d'entretien psychothérapique ou de rééducation gestuelle.

---

(*) P. SIVADON -

L'apprentissage d'un métier sera poursuivi par les méthodes spéciales adaptées aux déficiences du sujet, méthodes relevant des spécialités psycho-médico-pédagogiques. En particulier, le cours théorique devra le plus souvent et dans la mesure du possible être remplacé par l'exercice pratique et les formules audiovisuelles : soit que le handicapé manque de la concentration nécessaire pour suivre un cours magistral, ce qui est fréquent, soit que les méthodes classiques aient déjà échoué du fait même de leur inadaptation à ces élèves particuliers : c'est le cas des personnalités perturbées dès l'enfance, les oligophrènes par exemple.

Méthodes actives, travail authentique, plongent le handicapé dans un bain de concret inducteur de son orientation vers le réel social ; toutefois, l'aspect analogique restant sensible doit lui donner le désir d'échapper à cette situation vers la sortie effective. A ce niveau comme à celui du centre psychiatrique, il faut éviter à tous prix la tendance au "cocon" favorisée par le sentiment de protection du milieu qui est somme toute bien confortable.

" Et l'on voit le danger qu'il peut y avoir à adapter un malade à une
" situation concrète à l'intérieur de l'hôpital : c'est ainsi que se forment
" les "bons malades". (*)

De plus, la notion même d'apprentissage s'oppose à celle d'exercice d'une profession acquise. L'apprenti s'instruit sans cesse de nouvelles pratiques sur son métier, l'ouvrier utilise ses connaissances et parfois, sans chercher à les appronfondir, surtout lorsqu'il se contente d'une moyenne médiocrité. Cette attitude est impossible en réadaptation car le hancicapé n'aurait que trop tendance à se stabiliser à un niveau insuffisant.

Ainsi la réadaptation ne peut se concevoir sans une stimulation incessante et par tous les moyens, de même que la post-cure ne peut en aucun cas être assimilée à une convalescence. C'est une période d'effort intense pour entrer dans la société après être sorti de la maladie. L'établissement de convalescence après hospitalisation pour une affectation somatique pose déjà de très fâcheux problèmes quant à l'aspect qu'il présente de confirmation des difficultés de reprise du travail ; le centre de postcure considéré comme similaire ne peut être qu'une vision absurde par incompatibilité avec le but à atteindre.

---

(*) P. SIVADON O.C. p. 35

Certes, les arrêts dans la progression sont fréquents chez le handicapé qui tient à se permettre un repos bien mérité après l'effort. Cette halte l'autorise à contempler d'un oeil empreint d'admiration pour lui-même le trajet déjà parcouru. Ce retour sur lui-même, cette auto-considération, l'introvertit par perte de la juste vision des nécessités du réel extérieur et le place en position régressive, justifiant l'adage qu' "en réadaptation qui ne progresse pas régresse". (*)

Le "réadaptateur" se doit aussitôt de mettre le handicapé dans une position intolérable transitoire nécessitant un changement d'attitude. C'est l'abandon pour un temps de toute valorisation et la prescription d'un travail de difficulté plus grande avec constatation de l'échec si la reprise de progrès n'est pas obtenue. Dès cette reprise l'ambiance sécurisante et valorisante doit être remise en place pour apporter son encouragement.

Si la remise en route n'est pas obtenue rapidement, il est bien évident que ces procédés désagréables de stimulation ne doivent pas être maintenus ; on ne pourrait aboutir qu'au découragement. Il est certain que le stimulus devient destructeur s'il est trop longtemps appliqué, de même qu'en physiologie c'est le changement de voltage des électrodes appliquées sur le nerf qui l'excitent, alors que le courant continu ne fait que l'ioniser ; dans cette stimulation psychologique, c'est surtout le changement d'attitude du moniteur qui aiguillonne et nous assistons ainsi à une double activation : la première lors de la mise en place de l'attitude de réprobation, la seconde lors du rétablissement de l'ambiance agréable et du compliment devant le premier effort obtenu.

L'absence de réaction laisse supposer un besoin profond de régression ; c'est la résurgence des problèmes évoqués plus haut. Elle dicte le rôle au thérapeute qui devra canaliser cette régression dans un sens constructif, c'est-à-dire celui de la recherche de nouvelles bases de départ et ce, surtout par la psychothérapie dont la fonction essentielle apparaît ici clairement.

Plus grave est le problème de l'arrêt définitif de progression malgré toute l'application du sujet, sans qu'aucune défaillance de sa volonté ne se révèle, sans relâchement de son attention. Il s'agit ici de l'arrivée à un "plafond". Si le niveau obtenu est notoirement insuffisant, si l'espoir de reclassement est par trop médiocre, il faut bien admettre l'échec de l'action thérapeutique

---

(*) A. LAMARCHE

En conséquence , il faudra repartir d'un niveau plus bas pour reprendre la réadaptation par d'autres méthodes ou dans une autre direction. C'est le passage de la période de réadaptation à une période de réorien ation qu'il faut savoir prescrire. L'analyse des causes de l'échec permettra de ne pas retomber dans les mêmes erreurs et de changer les conditions méthodiques qui furent pathogènes ou inéfficaces.

C'est en réunion de synthèse que la meilleure analyse de telles situations sera faite et que les décisions les mieux adaptées seront prises.

Au C.P.R.S.A.O., ces séances de synthèse réunissent toutes les personnalités chargées du pensionnaire, à titres divers. L'information doit être puisée partout ; l'entourage au complet doit concourir à une vision d'ensemble du handicapé en péril. Tous peuvent adopter alors une attitude commune dont l'expression variera en fonction du rôle tenu par chacun ou selon chaque personnalité.

" Les aides-moniteurs, les ouvriers d'entretien, le cuisinier et ses
" aides ne posent en général pas de problèmes. Les relations sont d'emblée
" plus faciles et c'est souvent à eux que les pensionnaires se confient le
" plus volontiers. Il faut donc savoir les utiliser, tenir compte des ren-
" seignements qu'ils donnent, diriger leur action et même par leur intermé-
" diaire, faire de la psychothérapie."

" Il en est de même de la maîtresse de Pavillon, femme de moniteur, qui
" joue le rôle de maîtresse de maison. C'est elle qui représente dans la
" collectivité l'élément féminin et familial. C'est donc elle, qui, dans les
" périodes d'ennuis ou de crise, recevra certaines confidences et sera le
" témoin de certaines faiblesses." (*)

Le sauvetage d'un handicapé en désarroi nécessite la réunion de l'équipe médico-socio-professionnelle entière. Cette équipe sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus complète, et qu'il y régnera la force de cohésion d'un esprit commun. La responsabilité d'une réadaptation ne saurait être l'affaire d'un seul.

En cas d'échec plus marqué, la constatation de celui-ci par le malade peut provoquer une régression profonde brutale, un véritable effondrement le replongeant de façon grave dans l'état morbide. La reprise en main est alors

---

(*) A. LAMARCHE et V. LIABOT - L'interrogatoire dans un centre de postcure et de réadaptation sociale agricole pour handicapés mentaux - Congrès de l'association de psychologie médicale - Bruxelles - Septembre 1962

celle d'une rechute confirmée et se fait au niveau du centre psychiatrique. C'est la réhospitalisation. La nouvelle réadaptation à mettre en oeuvre après cette période de traitement actif devra encore tenir compte des déboires survenus lors de la première. Il faut alors veiller à l'application de conditions différentes, parfois même donner une nouvelle orientation. Il y aurait généralement intérêt, dans la mesure des possibilités, à changer la voie de réadaptation, c'est-à-dire faire passer le handicapé par un autre établissement que celui où il vécut son échec.

Ceci revient à considérer que le milieu de réadaptation fut spécifiquement pathogène pour cet individu ou que se sont réunis des circonstances particulières qu'il faudra dorénavant éviter à tous prix .

Nous avons observé ainsi des rechutes après une visite de la famille du handicapé, ou après une permission qui le ramenait auprès des siens. Nous pouvons, dans ce cas, accuser la proximité de ces familles pathogènes. Une rechute amorcée par une absence de nouvelles familiales implique le contraire.

Un autre centre mettra le malade dans un lieu plus conforme, dans une ambiance différente ; il y subira des méthodes similaires mais forcément modifiées du fait de la dissemblance des personnalités les appliquant, même si la direction nouvelle converge avec l'orientation antérieure.

Il ne faut pas confondre ici cette rehospitalisation nécessitée par une rechute grave qui mérite le nom d'échec thérapeutique, avec la réhospitalisation provisoire pour une rechute plus essentiellement temporaire. Celle-ci n'est qu'un épisode malheureux de l'évolution favorable, mais qui peut cependant réclamer le traitement actif du centre hospitalier dont les bienfaits ne sauraient être interdits à ce malade.

C'est le cas de la bouffée délirante entraînant un comportement dangereux, c'est le cas de la crise maniaque insupportable, c'est le cas de la passagère dépression accompagnée d'une anxiété telle que l'insuffisance de surveillance du centre de réadaptation met le malade en danger ; cette surveillance ne peut être renforcée, même provisoirement, sans changer l'ambiance de l'établissement et le rapprocher, aux yeux des autres handicapés, du centre psychiatrique évocateur de leur propre maladie à sa période d'état.

C'est en somme la forme majeure des petites rechutes traitées habituellement au centre même en infirmerie, pour éviter le choc affectif violent de la réhospitalisation, presque toujours considérée, malgré les promesses de retour, comme un échec définitif.

Dans le cas du handicapé parvenu à un niveau médiocre mais sans que cet arrêt dans la progression ne soit sanctionné par une rechute à plus ou moins longue échéance, le reclassement social n'est guère possible, étant donné sa fragilité , et son placement dans un milieu protégé de suite est nécessaire. Là il continuera le travail qui lui convient et qui lui est indispensable pour ne pas amorcer une régression. Vis-à-vis de la société, il participera dans la faible mesure de ses moyens à son entretien. Souvent ce changement de milieu de vie provoquera un nouveau départ ; fréquemment l'accomplissement de sa tâche, à la longue, créera des suppléances inattendues à son handicap. C'est pourquoi, le milieu protégé de suite, même utilisé pour ces cas que l'on condamne parfois à tort à la stagnation , doit être encore ouvert sur une perspective d'ultime sortie.

Ces milieux protégés implantés au sein même de la société active pour permettre à une minorité d'infirmes de vivre au ralenti mérite, en ce sens, l'appellation de "greffes sociales" que nous préférons, pour ce qu'elle implique d'espoir de revitalisation progressive, à celui de "prothèses".

Enfin un dernier cas nécessitant une révolution de l'optique thérapeutique adoptée est celui de la régression progressive malgré toutes les stimulations. Cette apparence signe la mauvaise indication de réadaptation, soit que le malade à l'issue d'une trop longue évolution pathologique soit entré dans un processus de chronicité irréversible, soit que se révèle l'inexorable aggravation organique, comme dans les atrophies cérébrales, soit que, plus simplement, le milieu de réadaptation choisi ne convienne pas pour des raisons individuelles : le dépaysement dû à un trop grand éloignement géographique ou à un mode de vie trop différent. C'est le malaise des "personnes déplacées".

SOCIALISATION

La mise en place soigneuse, l'agencement de la microsociété de handicapés composant le centre de réadaptation permettent d'agir naturellement, par l'intermédiaire de l'ambiance créée, sur le comportement de chaque individu et d'obtenir sa resocialisation, sa réintégration dans la grande communauté. Ici l'action n'est plus directe comme dans l'acte médical habituel ou dans le contact professionnel (psychothérapie ou apprentissage), mais elle est appliquée sur le groupe, l'ensemble pour l'induire à prendre la direction souhaitée.

Une institution comme le C.P.R.S.A.O., dont la personnalité est fortement structurée mais ouverte, prend valeur de groupe qui rassure et sécurise ; il s'agit ici du dynamisme et de l'influence de ce groupe sur l'individu qui se trouve porté par l'énergie assemblée dans le mouvement d'opinions collectif. Cette énergie, ce mouvement, dépendent de la nature du groupe ; sa composition est donc importante ; il est influencé en sus par la personnalité du leader. Le rôle du médecin est de prendre cette place, il se trouvera ainsi dans la position normale du conseiller, du sage de la tribu, du promoteur des faits sociaux.

" Voilà donc un ordre de faits, qui présentent des caractères spéciaux :
" ils consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures
" à l'individu, et qui sont doués d'un pouvoir de coercition en vertu duquel
" ils s'imposent à lui ... ils ne sauraient se confondre avec les phénomènes
" organiques ... ni avec les phénomènes psychiques ... ils constituent donc
" une espèce nouvelle et c'est à eux que doit être donnée et réservée la
" qualification de sociaux." (*)

Notons au passage que cette position de timonier exige la présence totale du médecin, l'épisodisme des vacations ne pourrait que fausser le jeu de l'action-réaction nécessaire au pilotage. Dans la direction d'une communauté, l'information est de tous les instants et il est nécessaire d'être "dans le bain" pour sentir la distorsion de l'opinion lorsqu'elle se produit.

Il s'avère donc nécessaire d'organiser au mieux le groupe, et de lui insuffler sans défaillance les rappels du but à atteindre pour modeler cette contrainte inter-humaine dans la meilleure forme susceptible d'inciter au progrès et à l'abandon des habitudes morbides. C'est pourquoi, la nécessité de rétablissement social est présentée comme un slogan qui doit peu à peu être intégré comme idéal créant la relative intolérance au comportement déviant.

" Le social, ce n'est pas autre chose qu'un certain comportement de
" l'individu dans ses rapports avec autrui et spécialement ses semblables" (**)

Il s'agit donc ici d'obtenir par les "semblables" la transformation du comportement, de l'apparence du handicapé pour le syntoniser à la société.

---

(*) DURKHEIM - Régles de la méthode sociologique

(**) CHAUCHARD - Sociétés animales, sociétés humaines (PUF)

" Le social dépasse d'ailleurs le domaine de la psychologie puisque,
" surtout chez les insectes, il peut aboutir à une différenciation morpho-
" logique des individus en fonction de leur tâche dans la société. " (*)

Cet exemple, quoiqu'éloigné de notre propos, montre combien le comportement - apparence, aspect extérieur de l'individu - façonné par l'opinion d'autrui, pénètre prodondément, remodèle toute la personnalité intérieure, si tant est que l'on puisse comparer la morphologie psychique de l'homme à la morphologie fonctionnelle de l'insecte. Mais l'homme n'adapte-t-il pas sa pensée comme l'insecte mute en fonction des variations de conditions de vie ?

Toujours est-il que l'on assiste, dans les circonstances favorables à la renaissance de l'homme social dans son acceptation intime, par le jeu des communications de consciences.

" Qu'elles que soient la grandeur et la forme des groupes ... ils sont
" formés par une pluralité de consciences individuelles, agissant et réagis-
" sant les unes sur les autres." (**)

Il s'agit d'une renaissance dans la mesure où l'on peut dire que le handicapé était né à la société, de la même manière, avant son accident destructurant

" A partir de six mois... l'enfant vit presque autant de ses rapports
" humains que de son alimentation matérielle." (***)

Nous avions vu le handicapé au travail déplacer son champ d'intérêt de sa propre personne vers l'objet qu'il façonne ; et même, dans les cas plus profonds de tendance à l'autisme, vers l'objet vivant, plus captivant par le biais de l'affectif (élevage de petits animaux). Nous le considérons ici projetant son attention sur autrui. C'est là le pas définitif qui doit se confirmer jusqu'à inverser l'orientation de sa sollicitude : penser aux autres plutôt qu'à son Moi.

Le premier bénéfice en est personnel.

" C'est toujours en passant par un autre que l'on se situe comme être
" autonome." (****)

---

(*) CHAUCHARD - O.C. p. 48

(**) FAUCONNET et MAUSS - Sociologie - in Gr Encycl. (Berthelot)

(***) WALLON - Les origines du caractère chez l'enfant - (PUF)

(****) P. SIVADON, F. ANIEL et F. CANTEGRIL - Contributions à la réadaptation sociale des malades mentaux par les activités physiques et sportives - INS Revue "l'homme sain" N° 4 Octobre 1962

Il apparait donc que le groupe est nécessaire à la resocialisation du handicapé et que l'acte thérapeutique portant sur un seul malade isolé reste infirme, privé d'un important élément.

" Les facteurs psychologiques de la réadaptation peuvent être considérés comme
" une mobilisation des forces faisant appel aux structures du passé (régression)
" aux éléments de sécurisation liés aux relations humaines (groupe) à la ré-
" duction analogique des difficultés du monde extérieur et à la projection
" dans le futur de la confiance acquise dans la solidarité des autres". (*)

Ainsi sécurisation et énergie peuvent être puisées dans le soutien mutuel. Mais également le contrôle du bon chemin suivi et de l'orientation telle que la société la souhaite, se trouvent assurés automatiquement par l'épreuve des réactions du groupe.

" Nous n'avons pas assez d'amour-propre pour dédaigner le mépris d'autrui" disait Vauvenargues (**), cet "assez d'amour-propre" là est justement la limite du décrochage de la société, le passage au pathos. La reprise de conscience de l'opinion de l'ami, de sa propre image à ses yeux et de l'intérêt pour celui-ci étant le signe du réveil de l'être social. Toutefois, cette crainte du "mépris d'autrui" ne peut s'exercer favorablement que si l'orientation du groupe est bénéfique : sinon l'acte juste et raisonnable n'est plus jugé par autrui comme conforme et risque fort d'être entravé par les inhibitions du "respect humain".

On perçoit ici encore l'importance de l'action du médecin responsable du groupe quant à l'entretien de l'esprit de solidarité et de l'idéal commun, le "bon esprit". Dans le groupe bien agencé, on peut laisser le handicapé accéder progressivement, pas à pas, par unité de relation interhumaine, élargir son champ social.

" La maturation sociale est la progression dans la découverte et la maîtrise
" du champ social. Elle va dans le sens : d'une complexification, d'une
" plurification donc d'une différenciation ; d'une synthétisation, d'une caté-
" gorisation donc d'une intégration". (***)

---

(*) P. SIVADON - Facteurs psychologiques de la réadaptation - Réadaptation Janvier 1967

(**) VAUVENARGUES - Maximes

(***) P. SIVADON, R. AMIEL et F. GAUTHERET - O.C.p.49

Le comportement du handicapé suivi par l'équipe médico-socio-professionnelle donnera la mesure de la resocialisation. L'incidence du groupe des camarades sur la normalisation du comportement est parfois très nette. Nous avons observé, au C.P.R.S.A.O., un malade handicapé par les séquelles d'un délire paranoïde qui, après une rechute assez sévère, restait dans un état d'excitation psychomotrice lui dictant une conduite parfaitement incohérente et abérrante. La reprise du travail en atelier, au sein d'un petit groupe, vit disparaître totalement ses extravagances mais uniquement sur le lieu de travail, car il continuait sur tout le territoire du centre à se singulariser. Enfin, progressivement ces phénomènes s'atténuèrent et nous pensions que tout était rentré dans l'ordre, lorsque nous le découvrîmes un pied nu et lançant sa chaussure en l'air dans une rue, fort heureusement déserte, du village voisin. Il lui fallut se rendre à l'évidence que les villageois pouvaient, eux aussi, le trouver bizarre pour qu'il cessât. Ainsi le comportement s'était régularisé en trois temps : d'abord au sein du petit groupe de travail, puis à l'intérieur du centre parmi ses camarades, enfin vis-à-vis de la population extérieure, comme influencé par un champ gradient de sollicitude.

L'équipe de réadaptation devra, enfin, laisser la petite communauté s'organiser pour les activités annexes, en lui offrant les possibilités de celles-ci, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

" Il semble bien qu'un groupe, comme un individu, se personnalise en
" s'opposant et ne s'organise que progressivement en développant son aptitude
" à l'élargissement et à la permanence. Des stades évolutifs s'observent dans
" l'organisation d'une collectivité comme dans celle d'une personnalité. Il
" semble nécessaire que chaque phase ait été suffisamment vécue pour que la
" suivante s'élabore solidement. Les principales phases qui peuvent être dis-
" tinguées au début de l'évolution du groupe sont les suivantes : phase
" d'opposition et d'agressivité, phase d'activités expressives ou ludiques
" (fêtes, théâtre, jeux sportifs, etc...), phase d'activités créatrices dans
" un espace restreint, avec groupe réduit et un but rapproché (constructions,
" décoration de locaux), phase d'organisation sociale (élaboration d'une
" structure permanente du groupe, avec répartition des responsabilités et

" établissement d'une réglementation commune et permanente)". (*)

C'est ainsi qu'apparaîtront dans un centre de réadaptation, les différents stades d'organisation des activités suivant le développement des groupes, et, étant donné la permanence du centre, ils se présenteront en même temps proposant, dans un même ensemble, les différentes formes évolutives.

Notons que la présence des groupes plus avancés favorise la maturation des groupes plus récents. Cet avantage démontre au niveau suivant de la complexité structurale, l'intérêt de la variété des groupes en présence, comme nous avions vu l'intérêt de la variété des individus.

---

(*) P. SIVADON- Les phases d'organisation d'une communauté thérapeutique.
IIIème Congrès mondial de Psychiatrie - Montréal

TOLERANCE SOCIALE

---

Implanter un milieu protégé pour handicapés mentaux au plus près de la société pose bien évidemment le problème de la tolérance de celle-ci à ce voisinage. Nous avons considéré jusqu'ici la progressive désaliénation telle que l'obtient la réadaptation comme une action sur le malade. Nous ne pouvons omettre que cette aliénation présente un double aspect : celui de mutation de l'individu par la maladie désaccordant le malade de ses semblables et celui de rejet du déviant par la communauté.

Aussi la seule action sur le handicapé ne représente-t-elle qu'une partie de l'acte de réadaptation. Il faut également agir sur la société. Notre propos est donc d'étudier quel sera le rôle du milieu protégé sur cette tolérance sociale.

A moins d'une resocialisation parfaite ne laissant plus aucune trace décelable du handicap, et à la condition que le milieu naturel ne connaisse jamais les antécédents de l'individu réadapté, ce qui paraît pour le moins utopique,il sera bien nécessaire de faire accepter à l'entourage de l'ancien malade, soit son "passé" soit son handicap. Il ne saurait être question de violer le secret professionnel. Un employeur doit être informé des caractéristiques du comportement ou éventuellement des signes d'alarme; ce qui le rassure. Ces informations omettent d'une façon absolue tout renseignement médical ou touchant l'intimité d'une famille.

Réadapter l'aliéné ne consiste pas uniquement à redresser son comportement , c'est-à-dire à le faire revenir sur son refus de la société, mais à incliner celle-ci à réviser les motifs de son propre rejet.

" J'ai été amené à intervenir dans un village où la présence d'un malade
" mental avait conduit le maire à démissionner et créé dans le pays une
" véritable psychose générale.
" Un soir, à la mairie, j'ai rencontré des cultivateurs venus avec des
" intentions très agressives à l'encontre du psychiatre que je suis,
" parce que j'avais remis le malade en liberté.
" Ils ont fini par prendre conscience de la relation qu'ils avaient eue
" avec le malade et de leur agressivité. En leur montrant l'aspect de

" souffrance de l'individu dans l'inter- relation qui s'était établie avec
" le pays, je suis arrivé à faire prendre conscience au plus agressif d'entre
" eux du caractère irrationnel de son attitude. Il a fini par reconnaître
" qu'ils avaient été méchants parce qu'ils avaient peur". (*)

Quant à l'implantation d'un milieu protégé, comprenant un ensemble de handicapés mentaux, elle pose les problèmes que l'on imagine. L'historique de l'implantation du C.P.R.S.A.O. en fournit un bon exemple.

" Ce n'est pas sans inquiétude et sans méfiance que l'implantation du Centre
" fut admise. N'allait-il pas troubler la vie paisible des habitants ? Ne
" ferait-il pas fuir les estivants, chaque année plus nombreux dans les
" hôtels et sur les plages? Les "fous", les alcooliques qui y séjournaient
" ne provoqueraient-ils pas des scandales ? Une hostilité latente existait
" sans se manifester ouvertement. De nombreuses critiques étaient faites :
" N'était-il pas malheureux de dépenser tant d'argent pour des incurables
" dont la société avait bien raison de se défendre en les tenant enfermés.
" C'est à l'église, à la messe du dimanche matin, que la rencontre se fit.
" A l'étonnement de tous les assistants, les nouveaux venus eurent une tenue
" exemplaire. Ils étaient habillés comme tout le monde "rien ne les distin-
" guait des autres " et "si on ne l'avait pas su , rien ne permettait de dire
" qu'ils étaient des malades de l'esprit". Un sentiment de pitié et de bien-
" veillance se manifesta alors "au fond ce sont des malheureux, de pauvres
" diables qu'il faut aider".
" L'été arrivant, les premiers incidents dont nous avons déjà parlé se pro-
" duisirent, provoquant une réaction d'opposition très marquée :"nous
" l'avions bien dit" dirent les pessimistes. Des pétitions circulèrent, des
" plaintes furent faites auprès de la Préfecture. Il ne fallait plus que les
" pensionnaires sortent librement ; ils devaient rester dans l'établissement,
" ne sortir qu'encadrés de nombreux moniteurs, et surtout ne jamais aller
" sur les plages ni assister aux fêtes locales. Cependant, la situation
" s'améliora assez vite. Les meneurs renvoyés, les bons éléments reprirent
" de l'influence. Les pensionnaires prirent conscience que la faute d'un
" seul d'entre eux retentissait sur tous. Ils comprirent qu'il leur était
nécessaire , non seulement d'accepter la discipline bienveillante à

---

(*) Dr Bailly-Salin - Intervention lors d'une discussion sur l'attitude de la société à l'égard des maladies mentales - Hygiène Mentale N° 1 1959.

" laquelle ils étaient soumis, mais de veiller à ce qu'elle soit respectée
" par tous. En automne, le calme était revenu. Les fêtes de fin d'année
" furent célébrées avec la participation d'une partie de la population voi-
" sine . Peu à peu, les relations devinrent meilleures. Le Centre n'était
" plus le "lieu maudit" où l'on n'osait pénétrer. Sous des prétextes divers,
" des visites s'organisèrent, le terrain de sports attira les jeunes et les
" sportifs. On visita les salles de traite mécanisée, le hangar-agricole, les
" serres, les stations avicoles. En juin 1962, sur la demande du Recteur, la
" retraite précédant la communion solennelle des enfants se fit dans notre
" chapelle.
" A présent, nous pouvons dire que la réputation du Centre est bonne.(*)

Il paraît donc tout particulièrement important, avant de concerter l'implantation de foyers protégés et le placement de handicapés mentaux dans le milieu naturel, de rechercher les raisons plus ou moins apparentes de cette peur et de prévoir les moyens les plus pratiques pour l'atténuer.

Vouloir considérer le "fou" comme systématiquement dangereux pour son entourage consisterait à faire piètre mesure du bon sens commun. L'histoire de notre civilisation et l'étude des civilisations traditionnelles nous montrent , tour à tour, le malade mental vénéré, persécuté ou raillé, exceptionnellement traité avec indifférence. Si sa présence déchaîne avec une telle force la passion, si elle implique un engagement de position, si elle dicte toujours une attitude particulière, c'est sans nul doute que la société se trouve concernée au plus profond d'elle-même par le phénomène. Qu'un enfant naisse oligophrène au sein d'une famille de lignée normale, qu'un homme jusque-là comme les autres se mette à déraisonner ou à présenter un comportement extraordinaire , et aussitôt l'entourage ne peut considérer le fait imprévisible que comme une malédiction, parfois comme un bienfait des dieux,ou encore, comme l'apparition d'un bouffon, sorte de prophète à rebours, dont l'attitude folle permet de raisonner la Sagesse.

Mal sacré, maladie du diable, possession démoniaque ne peuvent inspirer que la crainte superstitieuse ou l'exorcisme , à moins que l'esprit industrieux de l'homme ne le fasse utiliser comme critère de sa propre santé mentale, comparaison valorisante pour sa propre intelligence et alors la folie chantée par

---

(*) A. Lamarche - V-J Liabot - L. Blanchard O.C. p. 26

Erasme ou Cervantès devient une fête ( les fous de cour , les idiots de village, les ravis, les chevaliers à la longue figure, les histoires de fous... ). A Lübeck, en 1803, il était à la mode de visiter la maison des fous les trois premiers jours de carnaval". (*)

Mais, si le dissemblable est l'objet de ces réjouissances, il n'y participe pas ; c'est là un rejet dont le contexte émotionnel éclate dans le rire, rassurant en laissant bonne conscience.

Il est vrai que le mal touche la fonction hautement spécialisée de l'homme , sa raison. Il est vrai que l'homme privé de raison ne présente plus la caractéristique humaine principale. Le phénomène est donc extra-humain, ce n'est pas dans l'individu malade qu'il convient de chercher la cause.

La Rome antique légiféra la suppression des droits civiques du malade mental confirmant ainsi la non-appartenance à l'espèce, lui dénigrant sa qualité humaine essentielle pour l'époque, son pouvoir civique.

Une affection qui déshumanise l'homme, n'est-elle point la condamnation la plus horrible ? Où rechercher la faute responsable de celle-ci ? Qui souffre le plus de cet état de fait, le malade ou les autres ? L'oligophrène innocent n'est-il point le résultat d'une malédiction pesant sur la lignée ? Cette malédiction ne peut-elle s'étendre à ceux qui approchent le malheureux ? Si l'espece est coupable par faute collective, chaque individu n'est-il pas personnellement en danger de devenir lui aussi le "touché" ? Il est apparent que quelques-uns,parmi ceux-ci, luttent dans leur ambivalence, de toute leur raison humaine, contre une autre raison. Est-ce là un désaccord de l'homme avec son totem ? Où réside ce totem ? Et cette raison inconsciente qui ressurgit, n'a-t-elle point de troublantes ressemblances, dans les symboles qu'elle exprime, avec des rêves demi-oubliés qui reviennent à l'esprit de chacun ? L'inconscient collectif n'est-il pas le même humus pour tous ?

Aussi tout au long de l'histoire, la société prend-t-elle à tour de rôle des attitudes de compassion ou d'auto-protection. En 1790, la loi du 16-20 mars Art. 9 punit les fonctionnaires et les particuliers ayant porté atteinte à la liberté, par internement abusif. En 1791, la loi du 19-22 juillet, Art. 13, recherche les responsabilités des événements fâcheux occasionnés par les insensés ou les furieux.

---

(*) B. Cassinelli - Histoire de la Folie.

" Ainsi se trouve-t-on dans la situation suivante : faire enfermer un dément
" mais risquer d'être poursuivi, avec raison, s'il ne l'est par réellement ;
" ou bien ne pas le faire enfermer et être poursuivi semblablement s'il
" commet quelque acte antisocial". (*)

Prise entre deux feux la société ne peut que fuir le sujet de son "cas de conscience", craignant que son ambivalence devant celui-ci ne lui dicte des relations incohérentes.

" A la fois fête, mystère et menace, la folie a toujours gêné la société.
" Cette gêne et cette maladresse justifient les continuelles oscillations de
" l'attitude collective entre la tolérance et la réprobation, le libéralisme
" et le renfermement ; le psychiatre est souvent apparu dans cette perspec-
" tive à l'opposé de ces attitudes : austère pour nier la fête, féru de
" science pour nier le mystère, philanthrope pour nier le danger. La relation
" dialectique n'est pourtant que trop évidente entre les attitudes collec-
" tives et celle du psychiatre". (**)

Cette position du psychiatre réveille la gêne collective et l'inclut dans le mystère, aussi sa renommée le rend-t-elle impropre à négocier la désségré-gation.

Il n'est que de relever dans la presse les accusations des psychiatres, les véhémentes protestations lorsqu'un délit sexuel est commis par un ancien malade ; la même presse saura fort bien proclamer les dangers d'internements arbi-traires. Ainsi cet article de l'Echo de Paris - 1895, relevé par le Dr Chanoit(*) et dont la hargne est fort heureusement atténuée par le caractère anecdotique et historique. Il s'agissait là de défense contre l'internement arbitraire.

---

(*) P. Chanoit - Rapporteur - Attitude de la Société à l'égard des maladies mentales - Hygiène Mentale - N° 1 1959.

(**) Y. Pellicier - Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique - Masson et Cie - 1964.

" Quelles garanties offrent ces hommes de science et de préjugés (les "alié-
" nistes") ? Les maisons de fous dégagent la folie. Habiter entre des murs
" d'asile, c'est attraper la folie. Ceci est vrai pour les malades, pour les
" médecins aussi. La plupart de nos éminents aliénistes sont devenus de
" véritables aliénés". (*)

Il semble difficile d'attendre de bons résultats de l'attention méfiante que le public, nourri traditionnellement de tels doutes, peut accorder au spécialiste, lorsque celui-ci veut faire admettre la légitimité de la réintégration du handicapé mental. La relative acceptation d'une information concernant le malade mental provient souvent de la méconnaissance ou de la confusion des termes; ainsi le mot "handicapé" frappe-t-il particulièrement le public inattentif par rejet du problème, et handicapés mentaux et physiques sont-ils confondus. Mais si, à l'occasion de cette information le malade mental vient à être assimilé à l'image du "fou" ou du "dément", aussitôt la répulsion instinctive ressurgit, inhibant toute relation naturelle, provoquant le trouble et la rétraction.

" Les enquêtes ont même montré que tous les efforts faits en faveur de la
" propagation des idées modernes sur la "folie" par les "mass média" pouvaient
" se retourner contre les intentions de leurs promoteurs, en rendant les
" gens encore plus anxieux et cette anxiété ayant un effet préjudiciable sur
" la santé mentale". (**).

Toutefois, l'information du public, abordée d'une manière prudente, peut amener celui-ci à une révision de ses préjugés, mais à la condition qu'il n'y soit appliqué aucune insistance sensible.

Ainsi en 1957 la BBC anglaise a diffusé une série d'émissions d'une demi-heure chacune, intitulées " The hurt Mind", traitant des aspects de l'hôpital psychiatrique, des causes des maladies mentales, des méthodes de traitement. Ces émissions ont été suivies d'enquêtes publiées par l'O.M.S. (***)

---

(*) Voir sur la presse actuelle - J.C. Tricot - La presse quotidienne et la maladie mentale - Hygiène Mentale - Tome LVI - N° 1.

(**) R. Bastide - Sociologie des maladies mentales - Flammarion - 1965.

(***) World Health Organisation - Ment. 138 Rapport P. Chanoit - O.C.p. 57

Voici quelques résultats intéressant notre propos :

| | Avant l'émission | Après l'émission |
|---|---|---|
| Pourcentage de personnes acceptant de rencontrer un malade en traitement dans la rue | 82 % | 89 % |
| Pourcentage acceptant d'employer un malade en traitement | 49 % | 52 % |
| Pourcentage acceptant de faire garder des enfants par ce malade | 7 % | 7 % |
| Ne seraient pas intimidés en rencontrant un ancien malade dans la rue | 93 % | 96 % |
| Emploieraient un ancien malade | 64 % | 67 % |
| Pour garder les enfants | 15 % | 20 % |

Le seul pourcentage n'ayant pas varié, dénotant une prise de position rigide par conviction absolue, concerne le gardiennage des enfants. Il apparaît donc qu'un léger pourcentage se laisse fléchir sur bien des points sauf sur celui-là. Ils sont prêts à tenter une expérience, mais pas avec leurs enfants. Ceci accuse le doute ;c'est d'une expérience qu'il s'agit : on veut bien se laisser poliment convaincre de certaines possibilités mais sans que les enfants soient impliqués. Remarquons que l'enfant représente la faiblesse, l'objet à protéger. Et le malade mental reste, par évidence incontrôlée, la personne dangereuse, brutale, aux réactions imprévisibles dont l'enfant ne peut se défendre. Le délit sexuel, le crime sadique laissent peser leurs menaces. Le malade mental , c'est l'ogre.

Et ceci explique fort bien les très honnêtes réticences d'un entourage ne cherchant pas à faire soigner un malade n'entrant pas dans cette catégorie de la brute irraisonnable.

Le Centre national de recherches sur l'Opinion de l'Université de Chicago a lancé en 1950 une enquête sur ce sujet (*). Nous discernons dans les résultats de celle-ci (**) l'image du malade mental pour le public américain.

On avait présenté aux sujets six descriptions de personnages correspondant chacun à une catégorie nosographique et l'on demandait lesquels de ceux-ci pouvaient être considérés comme des malades mentaux. Les pourcentages de réponses affirmatives furent les suivantes :

- Paranoïaque..... 75 %
- Schizophrène..... 34 %
- Alcoolique ..... 29 %
- Névrosé d'angoisse ..... 18 %
- Troubles du comportement chez l'enfant..... 14 %
- Obsédé ..... 7 %

---

(*) Citons également les enquêtes suivantes sur le public américain

-Benjamin D. Paul ed. - Health, Culture and Community - New-York - 1955
-J.C. Murnaly Jr.-Popular conception of mental health, their development and change - New-York - 1961 - et de nombreux articles comme :
- J.L. Woodward Changing ideas on mental illness and its treatment- Amer. Soc. Rev. XVI, 4 1951, pp. 443 - 54.

(**) publiée par Shirley A. Star à la réunion annuelle de l'Association pour la Santé Mentale - Indiana - Nov. 1955 - rapport P. Chanoit - O.C.p.57

On voit que la majorité s'attache à la figure du paranoïaque dont la description faisait ressortir le caractère soupçonneux, persécuté, vindicatif, brutal. En dehors de cet élément de brutalité, le comportement ne semble pas, aux yeux du public, un élément de diagnostic, à moins d'être lié à trois conditions : la diminution de la raison, la perte du contrôle de soi, le comportement inapproprié et surtout inexplicable.

En France, une enquête de Mme Voillaume fait ressortir le refus d'assimilation de la maladie mentale à la folie :

| QUESTIONS | Tous, La plupart | Quelques-uns | Aucun |
|---|---|---|---|
| Est-ce que la folie est une maladie mentale ? | 83 % oui | | 7 % non |
| Tous les malades mentaux sont-ils des fous ? | 30 % | 59 % | 5 % |

D'autres questions relatives à la prévention, aux soins, à la guérison, font bien ressortir que ces réponses découlent de la crainte pour soi-même d'une affection de ce genre, et que si cette possibilité est envisagée, c'est en fonction du terme de maladie mentale nettement différencié et bien séparé de celui de folie.

Il résulte de ces incursions dans le domaine de sens commun, que le préjugé est attaché au mot exprimant la folie, que la crainte est celle de l'ogre des contes, du "fou sadique" de la grande presse, mais que le malade mental sera mieux accepté "dans la mesure où il n'est pas fou". Il est bien difficile de faire évoluer l'opinion sur une notion aussi abstraite que celle de la maladie mentale, surtout lorsque cette notion est génératrice d'inhibitions. Aussi les grands moyens de diffusion, presse, radio, télévision, compte tenu de la très grande délicatesse dont ils doivent faire preuve, n'auront qu'un résultat faible en regard de l'importance de la mise en oeuvre de leurs moyens.

Par contre, un ancien malade mental présenté à un petit groupe qui pourra constater qu'il n'a rien du "fou" sera volontiers accepté, même si un handicap résiduel le rend moins utile qu'un autre à la collectivité. On aura pitié d'un individu ayant eu "des malheurs" , et on sera tout prêt à l'aider, à le soutenir, à le protéger, mais on rejettera l'occasion d'approcher un "fou".

Il est bien inutile de proposer, par correspondance, un handicapé mental pour une place professionnelle, même en essayant d'utiliser des arguments de commisération ; par contre, si l'on présente physiquement ce même handicapé, l'employeur, l'oeil étonné, pensera qu'il pourrait peut-être faire l'affaire. Une fois la peur vaincue, seule l'utilité d'un handicapé pour ce milieu le maintiendra en place, et ceux qui l'approcheront désormais pourront reléguer la prévention de principe dans leur patrimoine de notions abstraites inappliquées. Ainsi l'ancien malade sera admis, petit à petit, par unités de conversation ou d'exécution de tâches communes et le milieu s'ouvrira volontiers pour recevoir d'autres handicapés de la même provenance (de là où ils ne sont pas dangereux). Chaque centre, chaque foyer protégé doit se faire admettre et ceci, en pratique, uniquement au niveau de la relation interhumaine.

" Un cultivateur satisfait de son employé le dit aux voisins, aux coopératives,
" aux syndicats professionnels. Ainsi, peu à peu, certaines régions nous of-
" frent plus d'emplois que nous n'avons d'ouvriers sortants. (*)
" De plus, les relations personnelles du Centre, des familles d'anciens mala-
" des, d'anciens pensionnaires eux-mêmes, nous aident à trouver d'autres
" solutions. C'est cette formule qui nous donne les meilleurs résultats".(*)

Le Dr. Donald F. Early fait des constatations semblables dans le fonctionnement de son organisation de réadaptation à Bristol :

" C'est beaucoup plus facile qu'il y a dix ans. Je crois que le lavage des
" autos est très important. On conduit sa voiture au lavage et on dit bonjour
" au type qui la lave. C'est un schizophrène : on constate pourtant que c'est
" un bon type. Et chaque semaine, il y a sept cents à huit cents voitures qui
" viennent pour être lavées et il y a une ou deux personnes dans chaque voi-
" ture. (**)

---

(*) L.Blanchard et M-P. Mastoumecq -- Expérience du service social au Centre de Postcure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest à Billiers - Congrès de la Fédération Européenne d'Hygiène Mentale - Vienne - Juin 1967

(**) Donald F. Early - **Les Hôtels Protégés** - O.C.p. 1 (**)

Au sujet de la place sociale du handicapé réinséré, il est important de noter que son utilité est fonction de la structure du milieu naturel d'accueil. Nous avons surtout parlé jusqu'ici de l'adaptation au travail, de l'obtention d'un rendement, du reclassement dans une position professionnelle, du handicapé seul, face à la communauté.

La réinsertion au sein de la famille se présente différemment, du point de vue social qui nous intéresse ici. Il est alors nécessaire de faire la distinction entre familles conjugales et familles parentales (*). Si l'épouse et sa famille n'acceptent de reprendre le handicapé que lorsque celui-ci est capable de tenir une place suffisante dans la société, il n'en va pas de même de la famille parentale qui reprend "son enfant" pour le protéger, et qui attend de lui ce rôle d'enfant, paraissant nécessaire à son équilibre. En prenant pour critère de la bonne réadaptation les éléments travail et sociabilité, le premier type familial sera plus rigoureux sur l'élément travail, acceptant plus volontiers un niveau bas sur l'élément sociabilité. Par contre certains milieux parentaux jugeront davantage sur la sociabilité, tout en acceptant en majorité des résultats médiocres sur les deux éléments. Il est bien évident, que l'avenir de tels placements s'arrête avec la disparition des parents et ne peut être considéré comme une insertion définitive à la grande société. Sans vouloir prétendre qu'il s'agisse là d'une adaptation à un milieu artificiel, on doit songer qu'il s'agit d'un milieu éphémère, et que ce conditionnement correspond en réalité à une inadaptation, allant à l'encontre de la recherche de l'autonomie. C'est donc une fausse adaptation sociale, et il est nécessaire d'éviter de la prendre pour but. (**)

Toutefois , la réinsertion des femmes évoque ce problème du placement familial. Comme le faisait si justement remarquer le Dr M. Demangeat, (***) la vocation de ces handicapées est leplus souvent celle de la future ménagère et le travail professionnel n'est ici qu'au second plan, considéré comme une

---

(*) H. E. Freeman and O.G. Simmons, Mental patients in the Community ; Family Settings and performance levels - Amer. Soc. Rev. 23,2 - 1958 - pp. 147-54.

(**) "The return of the patient to the parent family, where there is less likely to be an expectation of instrumental performance, may well occasion regression from, rather than movement towards, better functioning and eliminate many gains of therapeutic hospital experience" H. E. Freeman

(***) [illegible] - Toulouse Médical - 1960.

assurance , une ressource de secours. Si les futurs maris de ces jeunes femmes leur demandent des connaissances dans le domaine ménager, entretien de la maison, cuisine, enfants, l'élément travail se trouve réduit à ce métier quasiment instinctif appris dès l'enfance par la petite fille. L'élément sociabilité ne sera demandé que dans un champ réduit : celui de la famille. Si l'exigence de l'époux est supérieure à celle des parents, celui-ci restera toutefois le protecteur; il ne demande certes pas à soutenir sans cesse un être sans défense, mais il ne tient pas non plus à unir sa vie à une épouse qui en aurait trop, et en particulier, contre lui-même.

Nous nous trouvons ici dans une position intermédiaire. La tolérance de la cellule familiale conjugale portera essentiellement sur la non agressivité et l'absence d'un comportement inexplicable car l'époux aimera comprendre sa compagne. De même, s'il n'accepte pas de rougir d'elle devant des tiers, un certain manque de contrôle sera excusable à ses yeux. La plus grande difficulté réside dans l'acceptation par la famille du mari et s'inscrit dans le problème de la ségrégation, la notion d'hérédité fâcheuse intervenant ici.

Ce n'est que par l'intervention individuelle au sein de la famille d'un représentant du service social bien accepté, sachant réduire les craintes exagérées à leurs justes proportions, que l'on pourra espérer obtenir une réinsertion dans un milieu devenu affectivement compréhensif.

La réhabilitation par le travail, face à une société de plus en plus vaste et de plus en plus systématisée atteignant même un gigantisme hors des proportions humaines traditionnelles, se heurte, par contre, à des difficultés plus grandes, lorsque le rendement du handicapé ne parvient pas aux strictes normes. Nous voulons parler ici de la réinsertion dans le milieu industriel. Les insuffisances, même minimes, dans la valeur professionnelle, seul critère, seront aussitôt attribuées à la maladie mentale, et l'évocation de celle-ci entraînera le rejet.

Tant que l'on peut présenter l'ouvrier à son patron et susciter la communication de conscience entre les deux individus et l'inter-reconnaissance de leurs qualités humaines, la réhabilitation est normalement obtenue. Mais présenter un handicapé à une société sans visage consiste à l'assimiler à un dossier et le papier ne transporte pas l'essence de la relation humaine. Le préjugé, la

répulsion de principe, ne sont alors contrebalancés par aucune émotion de solidarité. Le rejet s'effectue simplement comme une fin de non recevoir . Dans le monde des fourmis travailleuses où l'individu immatriculé n'est plus qu'une unité pour les grandes additions, où toute chose est à sa place, le déviant trouve la sienne dans un lieu à part, celui de la maladie qui l'aliène définitivement. Il s'agit là d'un système de défense de la société dont seule la rigidité est fâcheuse.

" On peut mettre en question l'assertion courante que la proportion plus
" grande des maladies mentales est un bon indice d'une désorganisation sociale
" croissante... Peut-être constitue-t-elle seulement l'affectation à la mala-
" die, de motivations déviantes qui pourraient s'exprimer alternativement par
" d'autres rôles. Du point de vue de la stabilité du système sociale, le rôle
" du malade peut être moins dangereux que tel autre". (*)

Une mise en évidence de cet ordre de fait est le phénomène de la "centrifugation " des malades mentaux par les centres urbains. On trouve, en effet, une proportion plus élevée de handicapés mentaux dans les faubourgs et alentours des grandes cités que dans les quartiers centraux.

" Une société plus moderne et plus complexe, mieux organisée, est moins
" tolérante aux troubles mentaux" (**)

Un exemple de processus de rejet est l'évolution de l'emploi des "idiots du village". Il n'y a pas si longtemps, le simple d'esprit était occupé, contre de très modestes rétributions, à de multiples et menues besognes : pâtre, ramasseur de bois mort, etc... qui contribuaient à son acceptation par la population villageoise, la tradition de solidarité faisant le reste. Actuellement et comme dans toute société supérieurement organisée, il ne peut être considéré que comme un employé et son patron éventuel se refuse à cotiser à l'organisme d'assurance, arguant, à juste titre, de la modestie des services rendus. Aussi le "ravi" va-t-il rejoindre la triste troupe des oligophrènes d'hôpitaux.

Certes l'individu devant la machine anonyme que constitue la société moderne est-il protégé par un système de droits défendus par les syndicats ; mais dans le cas de l'affection mentale ceux-ci participent à la défense instinctive de la société et se déculpabilisent de leur cas de conscience en demandant l'attribution de pensions. Le handicapé se sépare donc de ses semblables, se déshumanise, à son tour, en ne gagnant pas le pain qu'il mange. L'acceptation de cet état entraine la chronicité.

---

(*) Talcott Parsons - Eléments pour une sociologie de l'action - Tr. Plon - 1955
(**) Y. Pélicier - Hygiène Mentale 1963 N° 3.

La réinsertion du handicapé mental dans le monde de l'industrie présente donc des difficultés particulières, et cet aspect est d'autant plus irritant que le geste professionnel de l'ouvrier d'usine plus spécialisé, plus facile à acquérir, semblait offrir plus de possibilités de réadaptation.

La création d'entreprises industrielles protégées se heurte à l'énormité des moyens à mettre en oeuvre et ne parvient pas à une déségrégation souhaitable. Par contre la création d'équipes de handicapés allant travailler dans les grands ateliers et bénéficiant d'une protection et d'une surveillance, paraît une méthode heureuse. Elle est préconisée par le Dr Donald F. Early dont l'organisation de réadaptation à Bristol nous paraît un bon exemple d'adhérence aux structures fonctionnelles d'une société industrialisée.

En Angleterre, le "Mental Health Act" de 1959 attribue aux autorités locales le soin d'assurer la postcure dans la collectivité. L'hôpital n'est chargé que des soins nécessités par les épisodes aigus.

Il découle de cet état de fait que l'insertion des milieux protégés , au sein de la communauté, aurait pu être acquis d'emblée. Malheureusement si une certaine émulation a pu s'établir entre les diverses "autorités locales" , une incoordination regrettable entraîna des retards ou des erreurs dans les réalisations.

Six ans après le "Mental Health Act." préconisant l'aménagement d'hôtels", centres d'hébergement pour handicapés, 89 "autorités locales" avaient créé un ou plusieurs "hôtels" sur 173 recensés par une enquête du Dr H. Temple Phillips en Angleterre et au pays de Galles.

A Lewisham un "hôtel" de 50 lits a été construit, l'hôtel de Bolton a été conçu suivant les mêmes proportions .

" On ne voit pas l'intérêt qu'il peut y avoir à transporter les malades de
" bâtiments d'hôpitaux de l'époque victorienne à des bâtimentsneufs hors de
" l'hôpital, et si l'objectif final de la réinsertion du malade dans la
" collectivité est perdu de vue, les hôtels ne sont plus que des services
" hospitaliers placés dans la collectivité. Plus l'hôtel est grand, moins il
" a de valeur pour la réadaptation du malade ". (*)

---

(*) Donald F. Early - Les hôtels protégés. C. C. p. 1 - Colloque Billiers 1966

En juillet 1961, le "Health Committee" de Bristol a adopté un plan pour la création"d'hôtels" dans la ville :

- Deux hôtels, pour malades ayant longuement séjournés à l'hôpital et n'ayant plus besoin de soins. Leurs capacités ne devaient pas excéder 15 à 20 places. A l'époque 17 hommes et 50 femmes étaient jugés prêts à être envoyés dans de tels hôtels. Un seul existe.
- Les projets prévoient :
- un hôtel, pour psychotiques chroniques ayant besoin d'être suivis par des infirmières, appelé " de postcure surveillée", un hôtel pour femmes déficientes mentales, un hôtel pour personnes âgées et atteintes de démence . n'ont pas abouti.

Un hôtel pour hommes mentalement déficients a été créé.

Les principales difficultés rencontrées lors de ces efforts de création sont : les prix , le personnel, la résistance du public, l'incompréhension des autorités hospitalières envers les autorités locales et vice-versa.

La réalisation de l'hôtel de Bristol pour 10 hommes et 4 femmes fut trop onéreuse et le prix de la pension trop important, le niveau exigé par les autorités locales pour les infirmières fut trop élevé.

Le public évolue vers une meilleure compréhension.

En 1957, le projet d'un hôtel pour déficients mentaux aboutit à une discussion politique locale et dut être rejeté. En 1964, la création de l'hôtel de Devon n'attira aucune opposition.

Quant à l'incompréhension régnant entre les autorités locales et hospitalières elle est illustrée par l'enquête du Dr . H. Temple Phillips, qui rapporta que sur 39 chefs-lieux de Comtés en Angleterre, 16 n'avaient que peu ou pas l'intention de créer d'hôtel : dans l'un des cas, parce que la demande était nulle; dans l'autre, à cause du mécontentement de l autorité locale à l'égard des services fournis par le conseil hospitalier régional.

A Bristol, une enquête minutieuse montra au "Glenside Hospital" en 1961, que sur1012 malades, 254 pouvaient sortir sous condition d'un minimum de surveillance et de soins , et que 67 n'avaient même plus besoin de soins mais ne disposaient pas de logements propres à les recevoir.

Devant le retard de réalisation des projets initiaux, un certain nombre de directeurs de l'ITO (Industrial Therapy Organis tion) en 1964, décida de mettre sur pied une association d'hébergement, qui fut enregistrée dans le cadre du "Housing Act" sous le nom de "Bristol Industrial Therapy Housing Association" ( B.I.T.H.A.).

Ainsi, tandis que l'ITO place des malades dans l'industrie libre (ateliers protégés, équipes de travail protégées dans la grande industrie) et signale aux médecins du travail des malades "lâchés", la BITHA s'efforce de rendre les malades aux conditions normales de la vie en collectivité (Foyers protégés suivant les diverses formules d'hôtels).

La création par l'ITO d'une fabrique de pièces détachées et d'un service de lavage de voitures vient compléter la gamme des paliers de travail de moins en moins protégé, qui s'établit ainsi :

- Occupational thérapy au niveau de l'hôpital
- Sous l'égide du Ministère du Travail :
  - Industrial Rehabilitation Unit.
  - Government Training Center
  - Travail protégé (dans les usines)
- Sous l'égide de l'ITO :
  - Le "Contract Factory"
  - Le "Self support"(dans l'usine de la Société privée ITO : le lavage de voitures et la fabrique de pièces détachées).
  - Les groupes protégés (dans les usines).

Parallèlement la BITHA complète la gamme des logements existants :

- "Prédischarge hostel" ( Pavillon d'hébergement précédant la sortie de l'hôpital même)
- "Training houses ( Pavillons autonomes de formation au travail).
- Le "Vale hostel" (financièrement autonome).
- "L.A. hostel" (dépendant des autorités locales)
- Les "hostels" existant.( comme le "Church Army hostel").
- Les "Digs" (appartements à pension complète convenant particulièrement aux anciens malades).
- Des arrangements avec les services du logement permettant la surveillance de malades logés en ville mais n'étant pas suffisamment réinsérés socialement.

Organisation générale du Centre de BRISTOL

| | Occupational therapy | Industrial Réhabilitation Unit. | Govent Training Center | Travail protégé | Contract Factory | Self Support | Groupes protégés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prédischarge hostels | | | | | | | |
| Training houses | | | | | | | |
| Vale hostel | | | | | | | |
| L.A. Hostel | | | | | | | |
| Other hostels (Church Army hostel) | | | | | | | |
| Dags | | | | | | | |
| Autres possibilités | | | | | | | |
| | Hopital | Ministère du Travail | | | Industrial Training Organt. | | |

Schéma du Dr. Donald F. EARLY

" Nous pensons qu'une série d'étapes, une certaine gamme de formules d'héber-
" gement, un grand nombre d'échelons sont nécessaires ; de cette manière les
" malades peuvent passer d'une formule à l'autre, avec une diminution progres-
" sive des soins à chaque échelon, ou peuvent gravir plusieurs échelons selon
" les cas".

" Nous avons essayé de tracer un plan de réintégration domestique qui se
" développerait parallèlement à une réadaptation économique. De cette manière,
" le nombre de combinaisons,emploi et logement, peut être augmenté de façon
" importante et un malade peut être libéré petit à petit de la dépendance
" acquise à l'hôpital.

Grâce à cette organisation le Dr EARLY estime qu'actuellement :
" Aucun cas ne doit plus être considéré comme un échec. Même si cela demande
" deux , trois, quatre ans ou plus, il n'y a rien à perdre. Nous ne connais-
" sons pas encore toutes les possibilités de l'invalide psychiatrique. Si un
" dynamisme continuel accompagne le traitement, les problèmes peuvent, dans
" l'avenir, se révéler moins compliqués qu'ils ne sont apparus dans le passé.

Quant à la tolérance de la société urbaine et industrielle, il semble que l'esprit d'émulation ait pu jouer, en Angleterre, un rôle important.
" Il ne faut pas attendre du grand public qu'il accepte de trop graves trou-
" bles du comportement, mais il est prêt à admettre des attitudes un peu
" excentriques. La sympathie et la coopération des gens simples est le fac-
" teur le plus important de succès. Notre expérience à Bristol nous a montré
" que l'orgueil local, dans une aventure telle que l'ITO facilite beaucoup
" la coopération avec le public.

# L ' O R I E N T A T I O N

Après avoir vu les méthodes préconisées pour faire progresser le handicapé jusqu'à un maximum d'utilisation de ses aptitudes à jouir de la liberté, il faut compléter ce tableau par la notion du problème de l'orientation la plus favorable à lui proposer.

La diversité des cas nous oblige à prévoir un nombre suffisamment important de directions possibles, permettant une prescription adéquate, fonction des dispositions du handicapé. Comme nous avions souligné l'importance de l'équipement nécessaire à toute bonne réadaptation et que cet équipement est singularisé par le genre de profession choisi et la méthode propre à ses utilisateurs, il en découle qu'à autant d'orientations envisagées doivent correspondre autant d'aménagements spécialisés. Or, l'élément le plus important de l'instrument de réadaptation est, nous l'avions vu, l'équipe et son esprit dynamisant le groupe.(*). Ceci se traduit par la nécessité d'une variété suffisante d'équipes spécialisées.

Toutefois , ces spécialisations ne doivent en aucun cas être extrêmes ; d'une part, les petites variations de direction d'un handicapé doivent pouvoir s'effectuer sous le couvert protecteur d'une équipe familière, d'autre part, nous le verrons, une équipe attachée à la réadaptation d'une espèce nosologique étroite de malades se heurte à des difficultés quant à l'équilibre du groupe.

Par contre, nous pouvons imaginer la qualité du contact établi avec une famille urbaine d'ouvriers d'usine, par exemple, par une assistante sociale de formation rurale, et vice-versa. Or, nous avons vu l'importance majeure du service social quant aux réalisations.

---

(*) " Un équipement spatial complet n'est qu'un instrument, et il n'a de valeur
" que s'il est utilisé avec le souci de rééduquer le sens du comportement des
" malades".
P. SIVADON - Le problème de l'espace à l'hôpital psychiatrique.
Acta neurologica et Psychiatrica - Belgica - 1962.

Le choix d'une orientation sera fonction du milieu naturel de provenance des handicapés à traiter, des désirs de ceux-ci et de leurs aptitudes corrélatives à la maladie déterminant le handicap, des besoins du milieu naturel devant les recevoir et auprès duquel le milieu protégé de réadaptation est implanté.

L'expérience des Foyers Sociothérapiques de Bordeaux démontre la nécessité de ce choix :

" Dans une première période, en quelque sorte expérimentale, nous avons ouvert
" le centre à des catégories de malades très diverses. Mais nous nous sommes
" heurtés à la difficulté qui guette, pensons-nous,ce type d'institution, c'est
" l'hétérogénéité.
" A l'hétérogénéité des personnalités morbides, vient s'ajouter l'hétérogénéité
" socio-professionnelle ; cette dispersion des cas s'accentue du reste peu à
" peu et au fur et à mesure que les malades abandonnent le monde médical pour
" se rapprocher des situations variées à l'infini, de la vie normale.
" Or, aussi compréhensif que soit le personnel, aussi diversifiées que soient
" les structures même du centre, une hétérogénéité trop grande rend invivables
" les groupes et souvent contradictoire l'attitude des éducatrices.

Il est très instructif de recenser les critères que durent choisir le Dr M. DELANGEAT et son équipe pour rétrécir l'éventail des indications : critère d'âge, de niveau intellectuel, de vitesses d'évolution, et, par là même dans une certaine mesure, choix dans l'éventail nosographique.

Il s'est avéré bénéfique de rejeter certaines catégories perturbatrices : instables, caractérielles, psychopathes.

Enfin, il fallut rétrécir le champ géographique des provenances des handicapées.

L'éloignement de la famille, aussi heureux qu'il puisse être dans certains cas, provoque à la sortie des difficultés compréhensibles : ainsi les jeunes malades de ces foyers sociothérapiques, une fois quitté ce centre et placées à Bordeaux même, se sentaient bien souvent en exil.

La distance joue par elle-même :

" La relation spatiale est une des plus primitives et sans doute la plus
" importante des variables qui interviennent dans la détermination signifi-
" cative des objets et des personnes.
" Mais, cette signification est ambivalente, la proximité apporte à la fois
" sécurité et contrainte, la distance insécurité par imprécision et liberté
" par possibilité d'échappement". (*)

A la notion des relations spatiales s'ajoutent celles des relations plus essentiellement sociales : le mode de vie (problème du rural transplanté à la ville par exemple) ; la tradition professionnelle (exemple de l'agriculteur employé à un travail à la chaîne).

Aussi le problème de l'orientation du handicapé reste le souci d'éviter une profession nocive pour son hygiène mentale. Par contre, la recherche d'une situation stable sera liée à l'assurance que celle-ci lui donne une bonne insertion sociale et dépend donc des besoins présents et futurs de la société, au plus simple, du marché du travail.

(*) P. SIVADON - O.C.p. 70

# LE RETOUR AU MILIEU NATUREL

Comme nous évoquions au début du premier chapitre, le vertige du malade, à l'instant de sa sortie de l'hôpital, devant les difficultés nouvelles de la vie libre, nous pouvons pressentir le vertige de sortie du milieu protégé.

Celui-ci est d'un autre ordre. Alors que le malade insuffisamment réadapté se sentait brutalement sans protection après la période de "nursing" maximal, sans armes personnelles, car le plus souvent incapable d'une activité professionnelle de rendement normal, désynchronisé du rythme de la vie extérieure, ici, autonomie, profession, rythme doivent être suffisants, mais aussi suffisamment connue la société qu'il aborde. Ainsi l'environnement du handicapé doit être familier : que le milieu naturel où il arrive soit sien, celui où il vécut avant la retraite thérapeutique, ou soit prévu par lui, imaginé de longue date au cours de ses exercices analogiques de renaissance à la vie sociale, ou enfin qu'il y soit destiné par une tradition héritée, vivante en lui.

Si le handicapé se trouve en fin de réadaptation, transplanté socialement, professionnellement, géographiquement ou ethniquement, il risque de mal supporter le malaise de l'exilé.

Ce malaise inspire la recherche du refuge, la maladie, par rechute ou par développement d'un "handicap secondaire" favorisé par le retour à l'état protégé au sein de la famille parentale en cas de réintégration de celle-ci. (*)

Nous voyons ici que les deux extrêmes, milieu étranger et milieu parental, présentent le même risque de régression. Aussi l'orientation vers un milieu naturel de situation justement intermédiaire, respectant l'équilibre, proximité distenciation, protection -liberté, apparaît indispensable.

Cette orientation dès la prise en charge par le milieu de réadaptation peut toutefois choisir un chemin provisoirement divergent si la nécessité thérapeutique s'en fait sentir. Ainsi pour le handicapé issu d'un milieu urbain de vocation industrielle, la réadaptation sera souvent plus aisée par l'exercice de techniques artisanales ou même d'artisanat rural.

---

(*) WING - Réhabilitation of psychiatric patients - Brit. J. Psychiat. (1963).

" Il existe en fait une genèse des structures de comportement, les plus
" récemment acquises étant les plus fragiles. Les plus anciennes de ces
" structures , longuement élaborées par l'expérience ancestrale, sont ins-
" crites dans notre cerveau et il suffit de la moindre incitation sensorielle
" pour les évoquer. Mais cette évocation sera d'autant plus aisée que l'inci-
" tation sensorielle sera plus proche de l'expérience ancestrale. C'est ainsi
" que les travaux artisanaux traditionnels, les modes d'existence de type
" familial, le contact avec la nature favorisent habituellement la réadap-
" tation. (*)

Au cours de ses stages en milieu protégé, le handicapé aura parfois tendance à fixer ses goûts à l'une des professions intermédiaires dans laquelle il se sera exercé et nous avons l'expérience de malades d'origine urbaine s'accomodant fort bien d'un placement rural et même agricole. Ici la vocation du handicapé vient contrebalancer cette tendance à la réintégration du milieu originel.

Contrairement au principe d'orienter, à priori, un malade d'origine urbaine vers une profession urbaine, un malade d'origine rurale vers une profession rurale, il faut savoir assouplir cette attitude. L'orientation est progressive comme la réadaptation , elle dépend également des aptitudes développées, des goûts acquis pendant son élaboration.

Le principe de la réinsertion dans un lieu géographique proche du lieu d'origine apparaît comme un autre aspect de cette orientation en fonction du milieu il y participe en effet, mais il semble plus important, correspondant à une tendance plus profonde de l'individu , plus essentielle. Les troubles ressentis par sa non-observation sont plus fréquents. Le terme d'exil s'y applique à la lettre. Les considérations ethniques s'y ajoutent.

Ainsi un handicapé d'origine agricole peut devenir artisan dans un pays proche du sien et même à la ville de sa région ; un ancien ouvrier parisien converti à l'agriculture choisira les régions maraîchères de la "grande banlieue".

Par exemple, au C.P.R.S.A.O., nous avons pu observer les difficultés d'insertion d'un jeune méditerranéen en territoire breton. Un tel placement, tout provisoire, était nécessité par les besoins certains de protection et de proximité du sujet. Celui-ci l'accepta sous le prétexte donné de l'aguerrir loin des siens, avant de rejoindre son pays, où il pourrait se montrer ouvrier mieux accompli, homme adulte et autonome. En quelques mois nous avons pu assister à deux retours

---

(*) P. CIVILDON - C.C.p.52

au Centre et une tentative de suicide d'authenticité douteuse. Les conflits avec son entourage, qu'il jugeait "invivable" parce que breton, étaient évoqués à chacun de ses échecs. Et il menaçait de retourner dans sa famille pour "se faire soigner". (*).

Rappelons également les observations du Dr M. DELANGEAT sur les jeunes filles placées à Bordeaux loin de leurs familles.

" On ne peut tester l'environnement proposé lors d'un reclassement, qu'en
" allant sur place. Dans l'esprit de l équipe médico-socio-professionnelle,
" il ne s'agit pas seulement d'une "enquête sociale", mais d'une prise de
" contact effectif par les deux éléments, social et professionnel :
" L'assistante sociale et le moniteur intéressé rendent visite à l'employeur.
" Ce cultivateur ou cet artisan qui pour la première fois va peut-être em-
" ployer un "fou" est souvent un peu inquiet. Le moniteur aborde les questions
" professionnelles, il est du métier, tous deux parlent de problèmes qui leur
" sont communs. L'assistante sociale établit souvent le contact avec l'épouse,
" les parents qui parfois habitent aussi sur la ferme. Tout le clan familial
" est impliqué. Elle observe le comportement de chacun, les refus, les accep-
" tations, les hésitations et leurs causes. Cette famille présente-t-elle les
" garanties que nous recherchons ? Quelles sont ses habitudes, ses coutumes,
" son mode de vie ? Quelle est sa réceptivité, quelles sont les personnalités
" dominantes ? Comment le futur employé va-t-il être accepté ? (**)

La double obligation de suivre de près le malade après sa sortie et de le placer dans une région qui est sienne impose l'implantation de centres de réadaptation et de milieux protégés par secteurs géographiques. Ainsi toute la gamme des instruments de réhabilitation du malade depuis le centre hospitalier jusqu'aux petits foyers protégés se trouve établie dans une même région. Cependant il faut noter qu'au niveau des milieux protégés une grande perméabilité doit permettre le passage des malades de secteur à secteur, rendant possible le dosage judicieux du facteur proximité - distance. Egalement, les recherches de l'orientation du handicapé doivent pouvoir l'amener dans une région mieux équipée que la sienne, pour une profession choisie. A ce niveau donc se posent de difficiles problèmes de coordination comme nous le verrons plus loin.

---

(*) Depuis, un placement dans la région, mais où il est encadré par d'anciens camarades du Centre, semble stable.

(**) L. Blanchard et M.-P. Mastoumecq - O.C. p. 62

Au point de vue professionnel, pour autant que cet aspect se différencie de l'aspect social dans le complexe socio-professionnel, nous retrouvons le même principe du retour au comportement familier, la reprise d'un métier semblable à celui de ses proches.

Toutefois, cet élément semble moins important, les goûts du sujet, le portant souvent ailleurs, et l'imagination, illustrant sa vocation, ayant déjà préparé ses fonctions aussi bien que l'aurait fait l'observation des gestes parentaux.

" Lorsqu'on a rêvé dans l'enfance d'un certain type d'activité, quand on
" l'a imaginé et même pratiqué de façon épisodique, ou même quand on a été
" témoin intéressé, on s'y adapte mieux par la suite que s'il s'agit d'une
" activité entièrement nouvelle. (*).

Hélas ici, les inclinations renforcées par les constructions imaginaires ne correspondent pas toujours aux aptitudes et sont bien souvent d'un niveau supérieur à celui du rêveur.

Une des actions et non la moindre de la réadaptation professionnelle sera d'accorder goûts et aptitudes. Bien souvent la première orientation correspond à l'attrait que le malade trouve pour un métier et qui permettra de lui faire accomplir le premier effort, le premier comportement professionnel. Ensuite les difficultés rencontrées pourront l'amener à changer d'avis, soit par revirement brusque, soit par passages progressifs de métiers à métiers, présentant entre eux des affinités. Cette dérive à travers les courants d'orientation est délicate à diriger et l'implacable constatation d'une vocation contrariée peut engendrer le découragement sinon la rechute.

Nous pouvons évoquer l'observation d'un jeune pensionnaire du C.P.R.S.A.O. couvant depuis l'enfance le rêve de devenir coureur automobile. Toute autre situation lui inspirait un tel dégoût qu'il fallut le diriger vers l'atelier de mécanique : il y fit montre d'une application surprenante et même d'une adresse inattendue, alors que ses gestes , lors d'essais dans des branches professionnelles correspondant mieux à ses aptitudes , avaient été d'une malhabileté notoire. Au fur et à mesure de sa maturation il put abandonner son rêve, constatant qu'il n'était même pas apte à passer un permis de conduire. Puis il admit qu'il ne pourrait tenir dans un garage qu'un rôle subalterne, en fait il se surestimait encore. Par contre,

---

(*) P.SIVADON O.C.p.52

la constatation de son adresse permettant d'autres espoirs, la dérive de l'atelier de mécanique automobile à celui de mécanique agricole se poursuivit jusqu'à la forge. C'est alors que l'abandon de ses chers moteurs provoqua brusquement son découragement et il quitta le Centre refusant sa réadaptation. (*)

Il en sera bien souvent de même pour les "semi-intellectuels" rebutés par le travail manuel, se sentant prédestinés à des situations au-dessus de leurs moyens. Le cas pitoyable des étudiants arrêtés dans leurs études par l'accident morbide et ayant parfois vu diminuer leur potentiel intellectuel est pratiquement semblable. Il est difficile d'abandonner le but longtemps caressé, et, après une période où le travail manuel est assimilé à une "occupational therapy", l'évidence de la situation considérée comme inférieure est insupportable et bien souvent insupportée. Et nous ne parlerons pas des vocations religieuses non abouties.

Il est alors indispensable d'éviter coûte que coûte l'attitude de sinistrose, d'acceptation passive du handicap, le comportement de pensionné, d'invalide, en induisant par psychothérapie à la résignation d'abord, puis à la juste fierté de l'obstacle surmonté, celui de l'immobilisme.

De tels cas entrainent parfois dans l'équipe de réadaptation, un découragement qui peut dicter le rejet, si l'on y prend garde.

Nous avons eu pour pensionnaire, au C.P.R.S.A.O. , un jeune adulte dont la scolarité interrompue en troisième avait abouti à ce niveau de semi-intellectuel. Il se trouvait désemparé après l'accident morbide. Il avait bon espoir en l'avenir, mais n'attendait que de son entourage des solutions qu'il ne cherchait pas en lui-même, se contentant de projeter sur un futur mythique des rêves de concrétisation. Deux années s'écoulèrent en vains efforts décourageants pour ses moniteurs. C'est alors qu'une réunion de synthèse fit découvrire le poste correspondant à sa personnalité : magasinier de l'atelier de mécanique. L'aspect intellectuel de ce travail, demandant de l'ordre, de l'initiative, le rendant utile , le valorisa et le replongea dans la réalité quotidienne. Il obtint son reclassement dans ce métier, mais l'entreprise qui l'employa fit alors faillite. De lui-même, il retrouva un travail qui, quoique plus modeste, montra sa bonne réinsertion social

Comme le dit le Dr Early :

" aucun cas ne doit plus être considéré comme un échec. Même si cela demande
" deux, trois, quatre ans ou plus, il n'y a rien à perdre". (**)

---

(*) La maturité acquise au Centre lui permet cependant à sa sortie d'accomplir un travail de manoeuvre d'usine et de sortir de la dépendance totale de sa mère.

(**) D. EARLY O.C.p. 1 (**)

Juger des aptitudes, rechercher les motivations, tester les orientations naturelles du malade, restent, à l'heure actuelle, des investigations de longue durée, ce n'est que par tâtonnements, essais successifs, orientation provisoire que l'on peut obtenir ces renseignements . (*)

Les techniques psychologiques ne sont que difficilement applicables à ces problèmes. D'une part, les tests de niveau et de projection ne sont pas orientés vers la détermination des qualités nécessaires à une profession, d'autre part, les méthodes d'orientation professionnelle ne sont adaptées ni aux malades, ni au milieu rural.

Des recherches dans ce sens paraissent hautement souhaitables et leurs résultats pourraient éviter bien des errements. (**)

La connaissance précise des aptitudes, l'information attentive sur les besoins sociaux en travailleurs paraissent actuellement les deux coordonnées d'une orientation professionnelle correcte.

" Chacun connaît des cas de parfaite adaptation, dans des conditions déterminées
" de sujets mentalement handicapés. Chaque fois, on pense qu'il s'agit d'excep-
" tions quelque peu miraculeuses. Il s'agit en fait d'une heureuse coïncidence
" entre les aptitudes d'un sujet et les circonstances qui lui ont permis de
" l'exercer". (***).

Le travail de réadaptation consiste à provoquer ces coïncidences en en établissant les circonstances.

---

(*) L'observation prolongée reste nécessaire
".. les tests ne sont jamais que le constat, dans un rayon souvent très
" limité, de ce qui est possible maintenant".
H. WALLON - Préface de "Psychopédagogie de l'orientation professionnelle par A. LEON PUF - 1957

(**) " Pour de nombreux esprits, la psychologie appliquée à l'orientation
" professionnelle se confond avec la théorie des aptitudes et avec la
" pratique des tests qui lui est liée".
A. LEON PUF -1957

(***) P. SIVADON - Les conditions d'adaptation des déficients mentaux - Congrès International sur l'éducation et l'intégration des handicapés mentaux. Bruxelles 1963.

Ainsi donc, il paraît bénéfique d'orienter, de prime abord, un handicapé mental vers un milieu social, professionnel et géographique proche de son milieu d'origine, les incidents de parcours infléchiront cette orientation dans un sens parfois difficilement prévisible et ceci impose une grande souplesse de décision dans la "thérapeutique-réadaptation". Notons, en particulier, la plus grande tendance à la migration du milieu industriel vers le milieu agricole, les données ancestrales retrouvées à la limite de la régression rapprochant bien souvent l'homme de la nature.

Le milieu rural paraît d'ailleurs plus souple, les environnements plus variés, permettant un choix plus facile.

" L'adaptation dépend de la malléabilité du monde et de la solidité du Moi.
" Un monde malléable est celui qui se laisse modeler par les phantasmes et
" les projections du sujet, qui devient en partie ce que ce dernier désire
" qu'il soit, sans que la contrainte objectivante des autres s'y oppose trop
" brutalement. Un monde dur et inassimilable est, au contraire, celui qui, par
" la multiplicité des exigences qu'il comporte, par la complexité des relations
" qui le constituent, oppose à toute pression une résistance absolue, son degré
" de réalité étant garanti par le nombre et l'âpreté des autres, cet "enfer".
" La solidité du Moi correspond, on s'en doute, à l'aptitude qu'a le sujet
" de s'accomoder, de s'infléchir sans mettre en péril son identité, sa cons-
" tance. (*)

L'expérience du C.P.R.S.A.O., à ce sujet, aboutit à la conclusion formelle que l'environnement rural présente, outre une malléabilité naturelle favorable, la tolérance de ceux qui veulent "voir par eux-mêmes". Epris d'une liberté que lui enseigne la nature, le paysan respecte la personnalité d'autrui.

Son attitude réticente devant l'idée ou la technique nouvelle, dont il veut avant mesurer la valeur, peut le faire paraître rigide. Devant un être humain qui lui est présenté, qu'il ne considère pas comme un étranger railleur et peut-être malfaisant, son ouverture est sans comparaison possible avec celle du citadin.

" Réadapter c'est essentiellement redonner à l'homme la possibilité de vivre
" par son travail dans une société qui l'accepte. Le monde rural possède à cet
" égard une faculté d'assimilation qu'il est difficile de trouver ailleurs.(**)

---

(*) P. SIVADON- Thérapie et adaptation - O.C.

(**) A. Lamarche - Rapport de la commission sur l hygiène mentale du milieu rural
L'hygiène Mentale - N° 1 - 1960

# NECESSITES NOSOGRAPHIQUES

Au cours de l'exposé des principes de l'orientation professionnelle du handicapé, en fonction du cadre naturel d'où il fut arraché par la maladie, nous avons vu que l'application de la simple règle du retour à la collectivité familière était singulièrement complexifiée, sinon mise en défaut, par les goûts et les aptitudes du sujet.

Or, les aptitudes sont corrélatives du handicap et les vocations peuvent être parfois induites par la maladie, le délire en particulier, et souvent non corrigées par insuffisance de jugement dûe également au trouble mental.

Ceci suggère l'étude de l'orientation en fonction de la nature de l'affection, et d'abord de la justification d'une perscription de réadaptation éventuelle en milieu protégé.

La réadaptation s'adresse essentiellement à des malades atteints d'affections chroniques aussi pouvons-nous éliminer les formes aigues de la pathologie mentale : les crises de mélancolie, de manie, les réactions névrotiques aigues, les psychoses délirantes aigues, les psychoses confusionnelles qui restent bien évidemment du domaine du centre hospitalier. Cependant, il est deux cas intéressants à envisager pour le rôle que le milieu protégé peut être appelé à remplir auprès d'eux. Ce sont les psychoses maniaco dépressives et les formes aigues calmées nécessitant le maintien d'un traitement d'entretien de longue durée, véritable assurance contre la rechute, mais dont les effets secondaires peuvent constituer un handicap.

La psychose maniaco dépressive lorsqu'elle laisse entre les périodes de désordre thymique des intervalles assez longs de normalité, s'accomode fort bien de la vie à l'extérieur et le rôle de la postcure sera de veiller à éviter la crise par un réajustement du traitement d'entretien au moindre signe d'alerte. Le rôle du médecin dans ce cas peut fort bien être rempli au cabinet de consultation et la surveillance de tels malades ne réclame pas un équipement aussi riche que celui des milieux de réadaptation. Ce problème reste celui de l'organisation de la santé mentale d'une collectivité.

Lorsque la périodicité du cycle est plus courte, ne laissant plus de répits assez longs pour une réinsertion itérative sans difficulté, le problème apparaît plus délicat. Car en période de dérèglement thymique, seul le centre hospitalier possède les moyens de traiter ces crises aigues, et entre ces acmés le niveau d'adaptation du sujet à la société n'est pas toujours suffisant pour permettre des sorties. Or, le malade restant ainsi, par obligation, à l'hôpital, se voit lentement relègué au rang des chroniques et de ce fait le devient. Durant les laps de temps où il peut faire plein usage de sa lucidité, ses cocupations réduites, du type ergothérapie, ne peuvent lui permettre que de prendre conscience de son aliénation et que de l'accepter.

Ici, s'impose donc la notion de milieu protégé qui correspond au niveau d'adaptation que peut atteindre cycliquement ce malade, milieu très proche du centre hospitalier pour les retours fréquents. L'intérêt de ce milieu sera d'éviter l'aliénation définitive, de permettre la sortie tout en offrant une surveillance attentive du traitement, adoucissant ainsi l'amplitude des désordres thymiques, si elle ne peut les éviter. Cette attidude dynamique de refus de l'inéluctable maladie ne peut qu'être favorable à l'obtention finale d'un succès, si celui-ci est possible et même si rien ne le laisse espérer.

Quant aux formes aigues calmées imposant le handicap parfois lourd d'un traitement d'entretien important, elles sont logiquement du domaine de la réadaptation, non point que le malade sortant d'un état morbide de durée suffisamment courte soit désadapté par pertes de ses habitudes sociales, mais parce que son niveau d'aptitude à vivre est diminué par les effets secondaires du traitement. Ralentissement du geste et de la relation humaine, fatigabilité à l'effort sont justiciables du temps de réapprentissage du rythme normal.

L'épilepsie, elle, représente à la fois une maladie aigue, et en ce sens elle doit être traitée au centre hospitalier, et à la fois un caractère pathologique dont la correction, pour le malade stabilisé au point de vue crises, sera bien souvent du ressort du centre de réadaptation de ses psychothérapies prolongées, de ses méthodes de normalisation du comportement .

L'orientation de ces malades est bien connue et il ne paraît pas nécessaire de rappeler les trop nombreux interdits professionnels grevant le pronostic de leur réinsertion. Notons, que l'ajustement des goûts et des désirs de l'épileptique avec ses aptitudes est d'un maniement fort délicat .

Nous versons plus loin que leur admission dans les milieux protégés impose la vigilance quant au maintien de la proportion de leur nombre pour la population de ces milieux.

Nous verrons plus loin que leur admission dans les milieux protégés impose la vigilance quant au maintien de la proportion de leur nombre pour la population de ces milieux.

Le même problème se pose pour les états de déséquilibre psychique, les postcures alcooliques et pour les oligophrènies. Nous verrons l'attitude des milieux de réadaptation devant ces personnalités perturbatrices. Les névroses hystériques, dont les comportements n'auront que trop tendance à affecter des formes mimétiques aux précédentes, entreront dans cette catégorie en fonction de la nature plus ou moins tolérable pour la micro collectivité, des troubles présentés.

Les autres formes de maladies mentales seront pleinement justiciables de l'échelle des milieux protégés, les critères de leur admission dans la filière étant ceux d'une guérison suffisante, c'est-à-dire : le délire critique, l'appétence à vivre retrouvée, le débloquage de l'activité, etc... il serait fastidieux de relever ici les descriptions de ces premiers pas vers la guérison, de ces "décrochages" pour chaque espèce nosographique.

L'orientation en fonction de la classification des désordres mentaux est une thèse qui paraît séduisante mais, en pratique, classer les modes de réadaptations par secteurs nosologiques se révèle illusoire. De plus, cette attitude présente de nombreux inconvénients pour l'établissement du dynamisme nécessaire à la réadaptation.

Si "l'étiquette" diagnostique d'un malade reste utile sans conteste, ainsi d'ailleurs que l'emploi d'un vocabulaire spécialisé, au niveau du centre de soins (de même que pour l'établissement du dossier permettant l'information précise entre les différentes personnalités mécicales et paramédicales chargées du malade), au niveau de la réadaptation, par contre ce diagnostic ne représente plus pour le handicapé que la menace d'un pronostic de rechute éventuelle.

Nous entendons par là que le malade doit oublier le monde de la maladie mentale, ainsi que la formulation de son diagnostic, si de malheureuses coïncidences ont voulu qu'il l'apprenne.

Le médecin du centre de réadaptation sera le dépositaire de ce passé, il est d'ailleurs le gardien de la santé encore fragile de ses patients et il doit prévoir l'accident possible. Cet accident, cette rechute, il en guettera les signes d'alerte au comportement de son patient

Donc, c'est de ce comportement que ses assistants paramédicaux devront l'informer. Pour ces descriptions comportementales aucun langage spécialisé n'est nécessaire et bien souvent une narration des faits, peut-être maladroite, mais

minutieuse, sera plus utile pour le médecin qu'un mot sec mal utilisé induisant en erreur. Par exemple, le comportement épileptique, par ce qu'il a de frappant et de démonstratif, sera bien vite connu des moniteurs professionnels, et une crise hystérique épileptiforme sera rapportée comme crise comitiale. La description soigneuse des gestes, des attitudes, de l'impression ressentie de l'évolution de la crise est bien préférable pour le médecin que le terme erroné "d'épilepsie". De même, il est plus utile d'avoir le tableau fidèlement dépeint d'un court arrêt de travail par suite d'un brusque retour autistique passager, révélant l'irruption phantasmatique dans le cours de la pensée d'un schizophrène, que de s'entendre parler "d'absences".

L'abandon du langage spécialisé retrempe le handicapé dans l'ambiance du monde naturel auquel il doit s'efforcer d'adhérer, cette attitude participant donc de la réadaptation. Le handicapé doit par tous les moyens être rapproché du milieu naturel et éloigné du monde hospitalier.

Le second danger de l'utilisation du terme diagnostique par les réadaptateurs réside dans l'évocation du cliché pronostique qui l'accompagne.

Trop de malades mentaux sont considérés imperfectibles. Ne désignait-on pas dans les asiles, les enfants oligophrènes profonds, par l'expression d' "inéducables" ? Les techniques actuelles ont bien montré que l'on pouvait cependant obtenir de notables progrès, mais il a fallu, pour cela, abandonner l'image correspondant à ce mot.

Le diagnostic exprimé peut devenir la fausse excuse à ne rien tenter : c'est un schizophrène... on n'en fera rien. Si le terme de "schizophrénie", accompagné de son contexte pronostique traditionnel, entre un jour dans le langage courant du C.P.R.S.A.O. , on peut penser que les pourcentages de réussite de ce centre diminueront des trois-quarts. C'est en ignorant volontairement qu'un handicapé est un schizophrène qu'on l'amène à en douter lui-même, qu'il entrevoit la possibilité d'être guéri et qu'il se comporte comme tel. Ce comportement retentit sur celui du moniteur qui, soutenu par l'espoir de la réussite, n'en applique que mieux sa pédagogie.

Les expériences de ROSENTHAL citées par le Professeur H. Péquignot démontrent cet ordre de fait :

" Sans entrer dans les détails, j'en résume le principe. Dans 18
" classes d'une école primaire américaine, 20 % des enfants choisis rigou-
" reusement au hasard, furent signalés à leur professeur comme ayant eu des
" résultats particulièrement brillants à un test non verbal d'intelligence
" général , permettant prétendument de prédire leur épanouissement intel-

" lectuel. Les enfants ne savaient rien, seuls les professeurs étaient "au
" courant". Au bout d'une année, ces enfants avaient réellement un gain de
" quotient intellectuel franchement supérieur en moyenne à ceux du groupe
" de contrôle. Un plus grand nombre avait réalisé des gains plus importants,
" et pourtant ces gains n'avaient pas été faits aux dépens des sujets-témoins,
"qui avaient eux aussi progressé." (*)

Le médecin réadaptateur est assisté par deux sortes d'aides, d'une part, ceux qui sont plus précisément chargés de la postcure et ceux qui sont plus près du fait diagnostic, ce sont les infirmiers s'occupant des soins médicaux, les psychologues et les psycho-techniciens orientateurs, d'autre part, ceux dont le rôle est plus proche de la réadaptation proprement dite et de la réinsertion, ce sont les assistantes sociales et les moniteurs professionnels et de sociothérapie La langue spécialisée sera tolérée dans le premier groupe, elle doit être évitée dans le second.

La direction d'une réunion de synthèse rassemblant autour d'un cas toutes ces personnalités constitue en ce sens un exercice nouveau et, pour le médecin se résigner à la périphrase plutôt qu'au terme technique précis n'est pas toujours aisé. Mais comme le terme médical peut rester vide de sens, sinon, chargé de contresens, pour une partie de l'assemblée, cette méthode donne du moins l'assurance d'une bonne compréhension.

Pour les moniteurs de réadaptation, le langage courant est suffisant pour exprimer toute la gamme des comportements sociaux ; ils useront plus volontiers de termes techniques professionnels pour rendre compte des progrès de l'apprentissage de leurs élèves. Ainsi, peut-on apprécier la qualité d'informations comme celles-ci : "celui-là peut faire un "bon compagnon", celui-ci ne sera qu'un aide-ouvrier, tel autre est du niveau d'un soudeur C S 1". Nous voyons que le changement de langage participe au changement d'ambiance, concrétisant l'abandon de l'univers morbide et de son contexte matériel, l'environnement hospitalier.

Nous venons de voir ici, que les informations relatives à son comportement sont les plus importantes pour orienter un handicapé.. Le choix d'un métier possible résulte plus d'une étude socio-professionnelle que médicale. Le facteur maladie n'intervenant que dans des considérations restrictives, comme d'éviter la conduite automobile ou l'échafaudage à l'épileptique, le travail automatique au schizophrène.

---

(*) H. PEQUIGNOT - Faut-il rationner la culture ? - Concours médical N° 39 - 1967

Dans une telle atmosphère, le handicapé participant à l'attention générale pour l'élément comportement, aspect extérieur, aura tendance à extérioriser son intérêt sur son apparence, après l'intériorisation des préoccupations morbides suivie de celle des analyses médico-psychologiques.

Nous pourrions dire, oubliant le facteur morbide, que l'orientation du handicapé mental est de même nature et utilise les mêmes méthodes que l'orientation des personnalités saines, si les comportements n'étaient pas entachés de déviations, les possibilités grevées d'interdits, le tableau des aptitudes parfois hétérogène. Donnons pour exemple de cette hétérogénéité le cas de l'épileptique se destinant à une profession agricole : il pourra manier certains types d'instruments motorisés, motoculteurs travaillant devant lui, mais les machines aratoires tirées par le tracteur lui seront interdites, pourtant la même profession utilise tantôt l'un tantôt l'autre type et la spécialité que peut acquérir ce malade est incomplète.

L'idée de l'orientation professionnelle des handicapés prédéterminée principalement par le type de leur maladie mentale correspondrait à celle de création de milieux de réadaptation spécialisés pour une catégorie nosographique de malades, car nous avons vu que l'importance du matériel nécessaire à l'apprentissage entraîne obligatoirement la limitation du champ des orientations pour un seul centre.

Or, nous avons vu que cette orientation dépend bien plus du milieu naturel d'origine, des aspirations et du comportement, et, que les aptitudes sont réduites par le phénomène morbide qui n'intervient comme facteur de choix que secondairement, pour en limiter les possibilités.

Par ailleurs, nous avons décrit une organisation de la réinsertion, utilisant des milieux étagés progressivement, par niveaux, spécialisés en quelque sorte par vitesse de progression.(*)

---

(*) Nous pouvons définir l'adaptabilité comme une qualité s'exprimant par la vitesse des progrès de l'adaptation. Une comparaison mathématique permettrait de considérer cette adaptabilité comme la fonction dérivée de celle de l'adaptation en fonction du temps. L'adaptation exprime un niveau. Ainsi la réadaptation, qui est une action, cherche à provoquer les circonstances d'une meilleure adaptabilité jusqu'à un niveau d'adaptation correspondant à la tolérance sociale.

Ce système rejetant la classification nosologique à l'avantage de consacrer, aux yeux du handicapé, l'abandon définitif du monde de la maladie pour insister sur l'action réadaptation proprement dite, l'effort de réinsertion. Il évite de plus une autre forme de ségrégation des personnalités pathologiques au sein même du milieu réservé aux malades mentaux.

Par contre, un milieu constitué de personnalités dont les pathologies se révèlent de nature différentes ne risque-t-il pas de rencontrer cet écueil déjà signalé de l'hétérogénéité ? Nous voudrions critiquer ici les inconvénients reconnus de cette hétérogénéité.

Ils nous paraissent surtout mis en évidence par les dégâts que peut provoquer la mise en relation de personnalités pathogènes avec des personnalités fragiles, sans tenir compte d'un effet bénéfique inverse éventuel. Il est vrai que le bénéfice paraît moins important que la perte, et que la balance est déséquilibrée la plupart du temps, lors de la mise en présence de ces deux individualités. Car la personnalité fragile est caractérisée ici par le fait qu'elle est plus influençable, et plus inactive que l'autre dans l'interrelation. Ceci semble évident par exemple pour un psychopathe et un schizophrène, ou un alcoolique et un oligophrène. Mais, ceci ne reste plus forcément vrai, si l'on rattache un seul individu perturbateur à un groupe neutre. Son ascendant néfaste peut alors fort bien être contre-balancé par la volonté de bien faire de ses camarades, volonté renforcée et dirigée par les séances psychothérapiques. Alors la virulence de ces sujets, pour l'ensemble, se trouve en quelque sorte diluée et l'on peut observer l'effet heureux inverse, le bénéfice que va tirer le sujet turbulent du calme et de l'immobilité des autres. Son influence perturbatrice s'épuise devant l'inertie de la masse lui faisant face, et le force à composer, à devenir sociable.

Il faut tenir compte également du phénomène de l'ébranlement de l'immobilité des inactifs. Nous entendons par là que les perturbations provoquées par l'élément pathogène, si elles sont correctement tamponnées et canalisées dans un sens utile par la direction psychothérapique, deviennent un facteur dynamisant pour le groupe.

Ces considérations s'appliquent directement aux sujets activement perturbateurs, les déséquilibrés, les alcooliques, mais elles sont valables également pour ceux dont la seule présence irrite le groupe, sans pour cela montrer une volonté d'ascendant, les oligophrènes, les vieillards. Ici encore, il faut jouer sur la proportion de leur nombre, mais cette fois, pour éviter leur rejet par la microcollectivité, ce qui équivaut à une autre forme de désintégration du groupe.

" Nous nous sommes aperçus (à l'Institut Marcel Rivière) que dans un
" pavillon de malades de niveaux variés, lorsqu'il y avait plus de 15 % à
" 20 % de vieillards, les vieillards étaient rejetés, jusqu'à 15 % ils
" étaient intégrés." (*)

Si les vieillards ne semblent pas concernés par une réadaptation visant une situation professionnelle, les oligophrènes entrent dans une catégorie similaire quant à leur attitude devant le groupe. Ils se montrent irritants, crédules, encombrants pour les autres.

Les épileptiques entreront dans une catégorie intermédiaire : tantôt suivis, tantôt rejetés, bien souvent à l'origine de véritables petites révolutions dans le groupe. Leur proportion sera donc également très importante, (10 à 15 % au maximum de l'ensemble).

La dialectique homogénéïté, hétérogénité, part de la double polarité de la réadaptation. D'un côté, son aspect de postcure, thérapeutique, de psychothérapies indivuduelles, la relie au fait médical. L'autre aspect, celui de la réinsertion sociale,de l'exercice de la société, de la réadaptation proprement dite, la rapproche du monde réel. Le premier aspect pourrait à la rigueur s'accommoder d'une population homogène, les relations avec les semblables, hors de la séance psychothérapique, étant moins inattendues, le contact des soignants, plus efficace car plus spécialisé. Le second aspect implique une population hétérogène plus proche d'un équilibre écologique naturel,,plus riche en expérience d'interrelations, en épreuves, en efforts d'adaptation réciproques. A ce niveau d'ailleurs se pose le problème de la mixité des sexes, non résolu en France à l'heure actuelle.

Ainsi, suivant le schéma des milieux protégés en étages nous pouvons dire que, dans la perspective d'un secteur d'orientation professionnelle donné, secteur de plus en plus étroit en gravissant ces étages, les restrictions d'admission doivent être de plus en plus lâches et l'hétérogénéïté des milieux de plus en plus grande.

Non point tant que cette hétérogénéïté soit de plus en plus semblable à celle d'un milieu naturel, car il s'agit de populations pathologiques et la proximité progressive de la société normale est assurée, comme nous l'avions vu, par la diminution de la dimension des milieux protégés,diminution qui les insère, au fur et à mesure, davantage dans la collectivité. L'hétérogénéïté multiplie pour le handicapé les exercices de recherche des interrelations équilibrées avec des personnalités dissemblables.

---

(*) P. CHANOIT - O.C. p. 1 (**)

En fin de chaîne de réadaptation, les petits foyers protégés sont composés de handicapés uniquement réunis par l'exercice d'un même métier, la mixité de tels foyers dépendra du milieu naturel ambiant.

Pour nous référer à deux exemples décrits : les Foyers Psychothérapiques de Bordeaux s'adressant à des jeunes filles ayant des problèmes de fond plus personnels, de psychologie plus intérieure, ont pû être contraints à maintenir une certaine homogénéïté alors que le Centre de Postcure et de Réadaptation Sociale de l'Ouest qui s'adresse à des hommes dont l'avenir professionnel implique l'acquisition d'une autonomie plus importante et d'une défense plus assurée a basé son action sur la diversité qui est plus proche de celle que l'on rencontre dans la vie.

Notons que cette hétérogénéïté favorise l'acquisition de l'autonomie et fortifie l'exercice de la liberté à la condition de réaliser un équilibre judicieux des groupes. Alors la protection-surveillance de ceux-ci est moins nécessaire, ce fait augmente en retour le degré de liberté. Le maintien de cet équilibre consiste en une sorte d'autorégulation qui ne s'inscrit pas dans l'apprentissage de la société, par l'individu, mais par le groupe entier.

A l'inverse un groupe homogène aura tendance à une certaine stagnation dans l'état pathologique dont il ne pourra s'extraire que par l'influence extérieure, celle du médecin et des soignants. La reconnaissance par un individu des troubles d'un autre, dont il ressent le germe en lui-même, s'apparente à une autocontemplation dans le miroir. La crise de son semblable à de fortes chances de résonner en lui-même jusqu'à sa propre crise. Les épidémies de suicides ne sont que trop bien connues, elles se déclenchent bien évidemment sur terrain prédisposé. On ne ressent bien chez autrui que ce que l'on peut ressentir ; que si l'on peut s'y projeter. Cette forme de relation avec le semblable demande une imagination nourrie d'expériences personnelles suffisantes. Montaigne avait fort bien vu le rôle de l'imagination dans cette résonnance :

" La vue des angoisses d'autrui m'angoisse matériellement." (*)

Au niveau du service hospitalier où il semble que l'homogénéïté du groupe puisse être justifiée, ses inconvénients sont déjà sensibles :

" Il est nuisible de grouper les sujets ayant les mêmes déficiences et
" les mêmes troubles du comportement. L'identification réciproque à tendance

---

(*) MONTAIGNE - Essais XXXI - Force de l'imagination.

" à consolider leurs déficiences et leurs interrelations caractérielles, à
" amplifier leurs troubles du comportement. C'est ainsi qu'un service d'a-
" gités cultive l'agitation et qu'un service de gâteux invite à l'inconti-
" nence, tandis qu'un service d'épileptiques favorise la fermentation des
" troubles caractériels." (*)

Compte-tenu des invovénients de l'homogénéïté, il est possible dans certains cas d'envisager des formules mixtes. En effet, si dans la chaîne de réadaptation partant de l'hôpital nous pouvons trouver une certaine homogénéïté au départ, il n'en reste pas moins que traitement et réadaptation sont deux actions inséparables. La réadaptation commence à l'hôpital et l'application des méthodes de réadaptation au niveau du plus petit foyer protégé est un traitement.

Les formules mixtes paraissent les plus favorables.

" L'idéal schématique consisterait en un petit groupe de handicapés
" d'un certain type cotoyant des petits groupes de handicapés d'autres types,
" dans un milieu protégé largement ouvert sur le monde normal." (**)

Le premier obstacle que peut rencontrer un tel système est celui de l'aménagement du "cotoiement". Car les groupes différents n'auront que trop tendance à s' éviter. Mais le cadre du milieu protégé offre une solution, celle des différents ordres d'activités. Ainsi, travail, loisirs, hébergement peuvent regrouper différemment les sujets. Ce qui permet de souples combinaisons dosant à volonté l'homogénéïté des groupes.

Prenons l'exemple d'un oligophrène qui, lors d'une séance de rééducation psychomotrice se trouvera environné de camarades d'un niveau équivalent, ceci permettant une égalisation des coordinations motrices indispensable au travail du moniteur. L'heure du travail lui fera rejoindre un groupe hétérogène comportant encore une certaine proportion de déficients intellectuels (oligophrènes et détériorés). Ce groupe comportera, par exemple, un sujet caractériel et un sujet "leader" de coefficient intellectuel meilleur.

Le temps du repos le retrouvera dans un troisième groupe où il sera seul de sa catégorie pour ne pas être rejeté, avec un de ses semblables, à l'heure des libres conversations.

---

(*) P. SIVADON - Traitement et Réadaptation des malades mentaux - Séminaire de Buenos Aires - 1963

(**) P. SIVADON O.C. p. 52

L'équilibre des groupes hétérogènes pose apparemment les problèpes les plus délicats.

Si nous reprenons l'exemple précédent du groupe de travail, nous constatons que l'autorité ira au leader,handicapé de bon niveau intellectuel capable de tenir ce rôle. Le caractériel, incitera celui-ci à réagir pour maintenir son autorité. En contre-partie,le leader calmera les querelles engendrées par l'influence portubatrice du précédent. Les déficients mentaux bénéficieront, d'une part, de la présence constante du leader, véritable second du moniteur, pour l'élaboration des inititatives du groupe, d'autre part, des exercices au jugement qu'imposent les incessants problèmes de relation provoqués par le caractériel. Celui-ci bénéficie de l'ambiance du groupe malgré son insociabilité. Le leader oublie l'infériorité où l'a placé son handicap et reprend confiance en lui. Rappelons le rôle du moniteur et du médecin, redressant les petites distorsions, de "l'esprit" du groupe.

Ainsi " Des changements soit de travail, soit de personnes, entraînent
" parfois des tensions et remaniements dans les groupes. Il appartient aux
" médecins et à leurs collaborateurs d'éviter des bouleversements trop mas-
" sifs, trop imprévus, dans l'organisation des groupes." (*)

Il semble possible, par cette manière de regrouper les différents syndrômes par qualités et défauts opposés, d'obtenir une véritable action thérapeutique, à condition que les influences fastes restent toujours dominantes.

" Les tares semblables multiplient leur effet, alors que les tares
" dissemblables tendent à un équilibre", (**)

Pour le facteur sociabilité,les disthymiques auront une heureuse influence sur la tendance à l'isolement des schizophrènes, des paranoïaques, des oligophrènes et des épileptiques.

Par contre, la présence des oligophrènes et des épileptiques est inhibitrice des tendances à la sociabilité pour toutes les catégories. (***)

---

(*)Y. BRUN BLULER - A propos de conduites d'autorité de malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental - Thèse - Toulouse - 1961

(**) A. LAMARCHE

(***) Voir - E. MANCINI, C. LECCE et A. CANALINI - Les affinités électives des malades mentaux - Note e riviste di psichiatria, 57, N° 3,5 - 33 - Juil. Sept 1964

L'étude sociologique de ces groupes pathologiques hétérogènes est très intéressante. La mise au point de tests permettant, d'une part de déterminer et de mesurer les facteurs élémentaires des interactions et d'autre part d'arriver ainsi à une prévision approximative des possibilités de regroupement est hautement souhaitable.

Si nous reprenons maintenant l'exemple du groupe relativement homogène, le groupe sport, nous ne constatons aucune aptitude du groupe aux interrelations. Mais ici la présence constante du moniteur pallie à cet inconvénient. Les jeux pratiqués en groupe seront de véritables exercices de réintégration à la vie de société : jeux de balles symbolisant l'échange, jeux de compétition nécessitant la création de l'équipe sportive.(*)

Le progrès est provoqué par une influence extérieure, le moniteur, et non par une autoréaction au sein du groupe. Il faut "donner" à ce groupe et celui-ci "subit" en quelque sorte passivement. Cette manière correspond au stade du "nursing".

Nous n'analyserons pas le groupe - hébergement celui qui se trouve constitué par les "chambrées". Celui-ci, une fois composé par le médecin, évolue dans une entière liberté. Il représente l'exercice final, l'épreuve de la sociabilité et les interrelations s'y nouent dans le cadre du règlement intérieur et sous une surveillance distante.

Le rôle du médecin et les modes de ses consignes psychothérapiques seront variés dans leurs applications à ces trois types de groupes.

Pour le groupe le plus homogène, la psychothérapie sera individuelle. Dans le bureau du médecin seront constatés les progrès psychomoteurs, les affinités et les qualités de relations avec les camarades du groupe.

Pour le groupe-travail, la psychothérapie tire une plus grande utilité à être du "type de groupe", sur le chantier. A la fois superdirection de l'apprentissage et cour de justice de paix permanente pour apaiser les discordes passagères, elle réavivra sans cesse la volonté d'effort et de progrès.

---

(*) Voir - P. SIVADON et F. CANTHERET - La rééducation corporelle des fonctions mentales - Ed. Sociales Françaises - 1965

Pour le groupe correspondant au pavillon d'hébergement, au foyer, le médecin ne peut être qu'en visite amicale. Mais il soutiendra les initiatives de clubs-loisirs, présidant les compétitions de sport ou de jeux de société, invité aux veillées, acceptant la direction des clubs artistiques ou intellectuels (club-théâtre, lecture, musique, télévision, etc...)

L'analyse de ces modes d'action du médecin nous a entraînés à la description d'un schéma théorique purement artificiel. Il est bien évident que le handicapé pris pour exemple appartient à la fois aux trois groupes-types.

Il est une considération majeure à prendre, pour l'orientation du handicapé mental, au moment des projets de mise en place des milieux protégés, c'est celle de la nocivité possible des professions envisagées, et ceci non plus en fonction de l'individu, de la catégorie nosologique à laquelle il appartient mais de la maladie mentale, en général.

La précaution première sera l'observation pronostique de l'exercice des métiers choisis dont la pratique pourra être bénéfique ou dangereuse, non plus dans son application thérapeutique mais lors de la fixation définitive, avec le souci, dans une perspective d'hygiène mentale, d'éliminer toute cause de rechute, toute ambiance favorisant ou induisant le trouble.

Etablir un centre de réadaptation se proposant d'insérer des handicapés dans la société, grâce à un travail réputé pathogène semblerait, pour le moins, illogique. Par rapport aux individus vierges de tout accident mental, les personnalités fragiles demanderont, non seulement des précautions, mais le choix de situtations favorisées.

Or, les professions sont liées à des contextes sociaux et il est bien difficile de dissocier les dangers du métier de ceux du mode de vie qui l'accompagne. Certaines professions appellent l'alcoolisme mais l'alcoolisation de ces chantiers n'est-elle pas une tradition regrettable ? L'alcoolique se console-t-il des difficultés de son métier dans le vin ? Ou bien est-il entraîné par ses camarades ? Les deux causes coexistent, sans doute. Les deux facteurs paraissent inséparables.

Les statistiques d'entrées dans les hôpitaux indiquent les milieux préférentiels où se développe la plus haute proportion de troubles mentaux, mais, se fier à ces données pour éliminer de tels milieux naturels, serait oublier la notion de tolérance sociale. En effet, si une région donnée, géographique, sociale ou professionnelle, rejette davantage de malades à traiter, cela ne veut

pas dire qu'elle les secrète en plus grand nombre, mais que peut être, elle les supporte moins bien. Les régions les plus alcoolisées s'arrangent fort bien de l'ivrogne qu'elles considèrent même avec une bienveillante sympathie.

Or, la tolérance est élective. Un type de trouble sera admis, un autre non. Il est possible d'insérer un handicapé dans un milieu qui est tolérant à son type de handicap. Ce milieu ne lui sera pas forcément pathogène a priori, même si nombre de malades d'un autre type en sont trop fréquemment envoyés à l'hôpital. Les statistiques hospitalières d'entrées ne sont donc qu'un élément de présomption qu'il conviendra de discuter.

Pour revenir à la confrontation des deux grands types de milieux, urbain et rural, il convient de prendre en considération que ces milieux sont liés à deux modes de vie : industriel d'une part, artisanal et agricole d'autre part.

Le milieu rural et artisanal est volontiers tolérant aux insuffisances intellectuelles et aux originalités de comportement si celles-ci ne touchent pas à la morale collective.

" Dans une bourgade rurale, chacun s'accomode du simplet et de l'ori-
" ginal et même cherche à l'occasion à le protéger. Dans une cité de quel-
" que importance, ils sont comme centrifugés par l'accélération des rapports
" humains." (*)

La grande cité, en fait, supportera mieux des originalités que la province ne tolère pas ; celles qui porte sur la religion et la morale, mais dans la mesure où elle veut les ignorer, où elle les perd dans le désert de la foule. Le terme de tolérance s'applique ici d'une manière douteuse.

Le développement de l'industrie a entrainé le phénomène de la grande cité et le rôle pathogène dont on l'accuse doit être considéré attentivement.

" A cet effet de l'industrialisation, il y a ceux qui leur sont consé-
" cutifs, de l'urbanisation." (**)

---

(*) P. SIVADON - Adaptation de l'homme au monde moderne - Revue "Le Trait D'Union" - N° 66 - 1964-65

(**) Tsung - Yi Ling - Les effets de l'urbanisation sur la santé mentale - Rev. int. des Sc. sociales - Unesco. XI, 1, 1959

Or, l'urbanisation paraît provoquer une augmentation du taux des maladies mentales. Ainsi pour l'Afrique en voie d'urbanisation, on note 2,3 cas de troubles mentaux pour 10.000 habitants dans les régions de structure traditionnelle et 13,3 pour 10.000 chez les africains urbanisés. (*)

Sous nos climats, l'évolution de la proportion des maladies mentales de 1900 à 1942 se maintient quant au taux des psychoses organiques ; par contre on constate une augmentation des psychoses réactionnelles (**)

Peut-être ne s'agit-il là que d'un phénomène transitoire lié à une évolution sociale mal suivie par une adaptabilité individuelle insuffisante.

La constatation des troubles chez les transplantés, de la province à la métropole, le laisse supposer. Cependant les individus originaires de certaines régions paraissent plus sensibles que d'autres. C'est le cas en France des régions de l'Ouest, d'Alsace et du Centre. La différence des modes de vie est-elle dans ces cas plus importante ou bien un facteur ethnique vient-il interférer ? (***)

Les statistiques centrées sur le fait professionnel paraissent par contre difficiles à interprêter. Ainsi, en 1913, en Allemagne, une courbe du taux des maladies mentales en fonction de la profession, accusait un minimum sensible au niveau des professions agricoles. (****) Par contre, en 1958, aux Etats Unis, on remarquait un maximum de cette courbe au niveau du métier de la terre pour les ouvriers de sexe masculin. (*****)

---

(*) Voir : CAROTHERS - The african Mind in health and disease - World Health Organisation - Genève - 1953

(**) Voir : H. DUCHENE - Misère de la psychiatrie - N° spéc. d'Esprit - XX - 12 - 1952

(***) Voir : A. et H. TORRUBIA - Contribution à la psychopathologie sociale - Inst. Nat. d'Hyg. - Monogr. 7 - 1955 - ainsi que : L. LE GUILLANT - Psychopathologie de la transplantation - et Roger BASTIDE - Les groupes ethniques. in O.C.

(****) L. STEIN - Kulturkreis und form der Geistigen erkrankung - Halle - 1913

(*****) BEN. Z. LOCKE, M. KRAMER, Ch. TIMBERLAKE, E. PASAMANICK et D. SHELTZER - Problems in interprétation of patterns of first admissions to Ohio state public mental hospitals for patients with schizophrénic relations - Psy. Rep. - 1958

Il est vrai que le travail agricole subit pendant cette période une évolution industrielle aussi bien du point de vue technique que commercial et donc se trouve appréhendé par le cultivateur d'une manière différente. Rentabilité, fluctuation boursière de la valeur du produit sont les préoccupations qui remplacent l'obscure et magique attachement au lopin, au bien, au patrimoine et à la valeur sacrée du fruit du labeur.

" Il ne faut pas que la réussite ou l'échec ne soient plus appréciés
" qu'à travers des bilans financiers. La terre se déshumanise si elle n'est
" plus qu'un moyen de gagner sa vie. " (*)

La tâche industrielle, vue par l'ouvrier, parfois infime maillon d'une chaîne productive, exige pour être rattachée au résultat final, l'objet usiné et vendu, une sorte d'adhésion morale à l'ensemble de cette chaîne. Cet ensemble contient bien souvent une foule d'éléments inconnus et il paraît ardu pour le chauffeur d'un ballon de distillation, par exemple, de concevoir clairement le réseau complexe des voies d'élaboration dans une usine de parfum. Devant cet effort, et s'il le refuse, l'individu rétrécit son champ d'intérêt à la tâche élémentaire et au salaire. Cet horizon insuffisant le porte parfois à dériver son attention sur des considérations parallèles sociales et syndicales. Mais son travail n'en reste pas moins deshabité de sa signification naturelle.

" La signification du travail, qui est la condition de l'intérêt qu'on
" lui porte, disparaît si le "cycle opérationnel" est trop long ou trop
" court. Trop long au point qu'on n'aperçoit pas la fin du travail commencé,
" donc la valeur de l'effort accompli ; trop court et c'est la répétition
" monotone de gestes dont la signification finale n'est pas perceptible."(**)

A moins que son niveau intellectuel permette à l'ouvrier de se placer à l'échelon de la compréhension de l'oeuvre d'ensemble, il perd cette signification.

" En 1933, le Dr DOLL, en Amérique, trouve 10 arriérés pour 1.000 dans
" la population générale, mais cette proportion s'élève à 20 pour 1.000 si
" l'on ne considère que la population d'âge scolaire. Ainsi la scolarisation
" en développant les facultés intellectuelles du plus grand nombre, augmente

---

(*) A. LAMARCHE - Causes psychologiques du déséquilibre du milieu rural - Vie et Bonté - N° 133 - 1962

(**) P. SIVADON O.C. p. 93

" aussi la proportion de ceux qui, sous l'influence d'une exigence scolaire
" trop élévée pour eux, entrent dans le camp des arriérés." (*)

Nous observons ici un mode de rejet du handicapé par la société moderne, désolidarisée de l'homme inférieur, mode que l'on pourrait comparer à une sélection naturelle si elle n'était pas l'effet de l'artifice humain.

Nous pouvons prendre pour preuve, entre autres, de la nature artificielle de ces phénomènes, la prééminence actuelle dans le monde de l'industrie, de la machine sur l'homme.

" Le rythme de travail, jadis fixé par le travailleur, est aujourd'hui
" dicté par la machine." (**)

L'ouvrier "sert" une machine et lorsque celle -ci lui permet de créer un objet plus rapidement, en contre-partie la limite des ressources de l'instrument mécanique le force à n'accomplir qu'un fragment de l'ouvrage, "vite mais peu". La chaîne émiette le travail. L'acte élémentaire répété perd son objectif naturel. L'ouvrier pense à ses vacances, son seul recours étant "la projection dans le rêve". (**)

L'objet concret en voie d'élaboration, dans les mains de l'ouvrier, se trouve donc inintéressant ; le rattachement de l'intérêt à l'ouvrage final est abstrait. Par contre, ce geste élémentaire, plus simple, ne nécessite souvent qu'un apprentissage réduit, seul le rythme reste à acquérir ; l'avantage pour le handicapé paraît donc évident, les inconvénients n'en sont pas moins à considérer. Ainsi le déficient intellectuel pourra accomplir une tâche stéréotypée, mais l'environnement lui sera défavorable. Le handicapé présentant une défaillance du sens du réel sera en danger, par la libération de son attention rendant mobilisable sa propension à l'imaginaire. Le sujet ayant déjà été intéressé par des hallucinations pourra porter ses réflexions systématisantes sur quelques distorsions accidentelles de ses sens, nourries du violent fond sonore indistinct des machines ou des odeurs indéfinissables des produits synthétiques.

Enfin, cet apprentissage trop simplifié ne constitue-t-il pas dans certains cas un véritable conditionnement, du geste à un travail "insignifiant", de l'ouvrier à une société "étrangère".

Par contre, la tâche artisanale visant à l'obtention de l'objet fini à partir du matériau brut, en gardant le contact concret total tout au long de l'élaboration, correspond mieux à l'aptitude psychique de l'individu, à sa struc-

---

(*) P. SIVADON O.C. p. 93

(**) G. FRIEDMAN O.C.

ture native, préadaptée par la tradition à cet emploi.

" Lorsque l'objet du travail implique un matériau traditionnel et un
" outil simple (le drap et les ciseaux, le bois et le rabot) l'adaptation
" se fait plus aisément que s'il s'agit de matériaux inusités et de machines
" complexes. Tout travail qui transforme rapidement un matériau de peu de
" valeur en un objet apprécié exalte le travailleur, tandis que tout effort
" qui reste sans effet visible le déprime." (*)

Or, l'apprentissage artisanal est plus long, plus délicat et, pour le handicapé, plus incertain. Un outil traditionnel comme le rabot demande un long exercice de patience pour être tenu correctement, affuté convenablement, règlé avec précision. Ce règlage est fonction du bois, et de ce matériau traditionnel certains artisans vont jusqu'à dire qu'il faut en avoir le "sens". Avoir le sens du bois c'est l'aimer. C'est pressentir la joie que l'on aura à caresser le meuble bien fait qui en naîtra. C'est développer une sorte de sympathie avec la matière qui permet de deviner la veine plus tendre, le noeud pouvant éclater. C'est fixer tout naturellement une attention en quelque sorte "paternelle" sur la naissance de l'objet sortant de cette matière que l'on dit "noble". Nous sommes bien loin de l'indifférence et de la projection dans le rêve. Les gestes seront multiples et variés, adaptés, au fur et à mesure, aux difficultés de la forme à obtenir ou de la matière utilisée.

" Si chaque matière a son coefficient d'adversité, chaque outil détermine
" dans l'âme de l'ouvrier un coefficient de maîtrise." (**)

Pour le handicapé ayant des possibilités de parvenir à la connaissance de telles professions, l'apprentissage est certes plus long, et même plus périlleux, mais l'intérêt suscité est garant d'un meilleur attachement à cette vie professionnelle.

L'évolution sociale semble vouloir faire disparaître l'artisanat. Dans des branches où celui-ci paraissait le seul mode d'activité possible, la chaîne d'élaboration se trouve morcellée par la préfabrication. Les murs vernis et cuits au four avant d'être posés n'auront bientôt plus besoin du peintre. La réparation disparait au profit du remplacement pur et simple. Il n'est pas tellement aberrant de se demander si nous aurons toujours recours au coiffeur. L'artisanat de luxe persiste mais ne tolère que la maîtrise.

---

(*) P. SIVADON O.C. p. 93

(**) BACHELARD - La terre et les rêveries de la Volonté - Corti ed.

En fait , il semble que cette situation soit provisoire; quelques signes prémonitoires laissent supposer une renaissance de l'artisanat et une diminution de la demande d'ouvriers spécialisés intermédiaires entre les classes toujours indispensables des manoeuvres, et des ingénieurs.

Toutefois , nous ne pouvons envisager actuellement pour l'insertion artisanale que ses derniers bastions maintenus par la civilisation villageoise. Ainsi dans le futur proche, l'artisanat a-t-il le contexte de l'environnement rural.

" Il ne s'agit pas de maintenir artificiellement des activités archaïques
" du type folklorique. Il faut simplement empêcher la disparition de certains
" métiers nécessaires en les aidant à s'adapter aux conditions nouvelles.
" La production de qualité supérieure, les services d'entretien et de réparation d'instruments mécaniques, des outils individuels et de l'habitat, ne
" peuvent se passer de main-d'oeuvre et le bricolage ne peut être une solution
" acceptable sur une grande échelle". (*)

La réadaptation au milieu rural se heurte et bénéficie d'une plus grande richesse des interrelations humaines. On connaît tous les habitants d'un village, alors que l'on ne connaît que quelques voisins dans la ville. L'indifférence du citadin pour ses semblables n'est pas de mise dans le monde de la terre. Cette non-indifférence oblige à la présence. Nous voyons la corrélation étroite et la similitude des qualités de la profession artisanale et de la société rurale, tout comme nous avions vu la liaison du phénomène industriel et de l'urbanisation.

Un domaine reste intermédiaire aux caractéristiques variées, car en pleine évolution , c'est celui de la profession agricole en voie d'industrialisation. Nous n'entendons pas par industrialisation la multiplication des moyens techniques et l'apparition des machines, mais le morcellement de l'ouvrage entre plusieurs mains. Un exemple le démontrera volontiers : celui de la commercialisation des produits agricoles : la vente par l'intermédiaire des coopératives. Une vache née, élevée à la ferme, représente un capital, certes, mais également un bien ressenti comme inaliénable, attaché affectivement. Il serait fantaisiste de croire que le paysan qui court en pleine nuit pour assister une bête en train de vêler ne pense qu'à son argent. Les tapes affectueuses , au col de la mère ,

---

(*) A. LAMARCHE - Importance de l'adaptation au métier pour l'équilibre de la personnalité - Communication à la XVIIème Réunion annuelle de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale - Berne - Août 1964.

qui la félicitent d'une heureuse mise-bas, seraient incohérentes. L'heure de la vente au boucher voit se dérouler un rite de déculpabilisation : le marchandage. L'éleveur est fier de présenter une "belle bête", il doit en recevoir l'hommage d'un "bon prix". Il s'agit là d'un sentiment de respect du fruit de son labeur. La vente par coopérative interposée le frustre de ce rite. On ne tope plus, on ne boit plus le verre du sacrifice. Il est tentant de comparer ce morcellement de la tâche (ici la chaîne de production : naissance, élevage, vente et retour du produit de celle-ci) à l'émiettement du travail industriel.

Il en découle une tendance au désintérêt du produit et donc une moindre attention à sa qualité. L'intérêt se reporte tout naturellement sur le rendement, matière d'élection des statistiques industrielles.

Ce rendement appelle de nouvelles méthodes de travail et l'ouvrier agricole doit subir un rythme semblable à celui que la machine impose à l'ouvrier d'usine.

Il semble que la profession agricole dans un tel climat offre un maximum d'invonvénients. Toutefois ces situations transitoires sont le fait d'une révolution en cours dont l'aboutissement ne peut encore être clairement défini, dont l'équilibre n'est pas trouvé. Ce milieu présente au moins l'avantage d'une évolution, vers un esprit industriel, plus lente et ne nécessitant pas un coefficient d'adaptabilité trop important.

L'expérience du C.P.R.S.A.O. montre d'ailleurs l'intérêt des placements dans ces milieux évolutifs.

" L'exemple des reclassements que nous avons effectués au Centre de
" Prières est particulièrement démonstratif. Au début, nous heurtant à la
" méfiance de la population et aux préjugés tenaces sur les maladies menta-
" les, nous avons été obligés de chercher des placements dans des exploi-
" tations vétustes et condamnées à plus ou moins longue échéance. Nous
" avons abouti à des échecs."

" Actuellement, nous plaçons la plupart de nos anciens pensionnaires
" chez des agriculteurs jeunes, actifs, désireux de s'adapter aux techniques
" et aux conditions actuelles. Le pourcentage de réussite est infiniment
" supérieur ." (*)

---

(*) A. LAMARCHE - Réadaptation en milieu rural - Colloque organisé pour le Xème Anniversaire de la Fondation Julie Renson - Bruxelles - Octobre 1967

A l'issue de cette quête du travail favorable au handicapé mental, nous pouvons admettre que chaque cas reste particulier et que dans l'éventail des professions et des milieux il est toujours possible de détecter la position professionnelle permettant d'utiliser l'acte naturel, celui qui a un but visible et à portée. Dans cette optique, l'artisanat et les professions traditionnelles, comme celles de la terre, paraissent priviligiés.

## ORIENTATION VERS L'UTILITE

Orienter un handicapé vers une profession et un lieu géographique, en fonction de ses aspirations, satisfait son propre point de vue. Faire concorder ses aptitudes avec les exigences d'un métier et, ses faiblesses avec un milieu naturel qui ne lui nuira point, correspond au point de vue du réadaptateur. Le troisième point de vue intéressé par le fait de réadaptation est celui de la société.

Comme celle-ci tire le plus grand bénéfice de la réadaptation du handicapé, par la diminution de la charge qu'il constitue, par les services qu'il devient capable de rendre, il est bien évident que le choix de son orientation est chose importante.

Cela se présente sous son double aspect : la profession et l'environnement. Nous étudierons ces deux faces de la situation finale du réadapté, d'une manière séparée qui se prête mieux à l'analyse.

L'orientation vers un milieu naturel impose que celui-ci n'ait pas à en souffrir. Sinon l'insertion n'a aucune chance de se maintenir et le handicapé est rejeté comme un greffon étranger. Nous avons vu, à l'exposé de la méthode des courtes sorties de travail que le handicapé se sent, au moins au début, moins désorienté, moins fragile s'il fait partie d'un groupe de ses semblables. Le problème consiste donc à étudier de combien d'individus handicapés, un tel groupe doit être constitué, pour ne pas intoxiquer un milieu naturel par sa trop grande importance, ou se montrer insupportable par les réactions engendrées par son isolement, s'il est trop minime. Il s'agit là d'un véritable équilibre écologique à rechercher.

Pour un milieu naturel donné, combien peut-on introduire de ces éléments, étrangers soit de provenance, soit de comportement, pour que les échanges s'établissent d'une manière facile, afin qu'il ne se crée pas de ségrégation des handicapés ? C'est là un sujet de recherches futures dont l'intérêt ne peut échapper.

Dans le milieu urbain dont nous avons vu les caractéristiques principales, milieu généralement indifférent, secrétant la solitude, ne proposant que la distraction anonyme (les spectacles) ou le travail fortement automatisé, le handicapé a des chances de se trouver dilué. Il ne sera donc pas ressenti comme un corps

étranger irritant. Par contre le manque de chaleur de l'accueil risque de lui faire éprouver le vertige de l'enfant perdu dans la foule. Le groupe paraît ici plus qu'ailleurs nécessaire.

L'importance de ce groupe sera toujours faible par rapport à la multitude; mais il faut se méfier des réactions villageoises des habitants d'une ville. C'est le quartier qui acquiert parfois cette mentalité autonomiste par regroupement de ses habitants. Quelques quartiers de Paris ont été longtemps connus pour cette caractéristique d'être, à part, un village dans la ville (Belleville, Montmartre, Ste-Marie des Batignolles, la place des Vosges, etc...). Certains immeubles ou groupes d'immeubles peuvent présenter des caractères semblables. Un foyer de handicapés dans de tels ensembles aura donc avec l'entourage des rapports d'un type tout à fait particulier.

De toute façon le modèle du groupe, du foyer, paraît être la meilleure forme de l'insertion urbaine, du moins au début de celle-ci. Par la suite, les handicapés, suffisamment autonomes, peuvent échapper au regroupement pour chercher une situation plus individuelle.

Au point de vue de l'insertion dans l'atelier, les impératifs seront plus exigeants. Cette fois encore, le groupe paraît une solution idéale. Cependant, il devra en général être plus petit pour ne pas se distinguer de l'ensemble. Une telle distinction provoque la ségrégation, la bande à part.

De plus, si la direction industrielle accepte un tel groupe de handicapés, elle peut le faire de deux manières : avec bonne ou mauvaise grâce. Avec bonne grâce : dans ce cas elle ne se contente pas d'accepter mais se sent concernée jusqu'à proposer un régime de faveur, une protection parfois maladroite, des avantages ... Le groupe suscite alors, dans le reste de la population ouvrière, l'envie, la revendication, le refus de contact. De mauvaise grâce : dans ce cas la suspicion vis-à-vis des handicapés reste centrée sur le groupe. La recherche des petites fautes qui seront dramatisées, des insuffisances de rendement, restera l'objectif instinctif des chefs d'atelier cherchant à démontrer le bien-fondé de leur préjugé, à excuser leur tendance au rejet. Cette attitude est contagieuse. Aussi le groupe doit-il passer inaperçu, se fondre dans l'ensemble.

Le placement en milieu urbain et industriel part du principe du groupe et le problème consiste à déterminer jusqu'à quel point on peut diminuer la dimension de celui-ci pour le mieux insérer et sans qu'il ressente l'isolement.

En milieu rural, fief du placement individuel, le problème sera inverse. Combien peut-on placer individuellement de handicapés pour qu'ils n'aient pas tendance à un regroupement formant une société particulière, à part et pathologique dans le village ? Ici la distinction entre foyer et atelier n'a plus de raison d'être. L'ouvrier agricole loge le plus souvent à la ferme.

" Il ne faut pas assimiler le monde rural au monde industriel. Le travail
" agricole, par exemple, n'est pas comparable au travail industriel. Son
" rythme est plus irrégulier, sa durée obligatoirement imprécise. La vie
" professionnelle et la vie familiale s'imbriquent fatalement. L'utilisation
" de vastes étendues disperse les agriculteurs alors que l'usine groupe les
" ouvriers. (*).

L'horaire de l'artisan laisse des temps libres, à toutes les heures du jour, pour établir des contacts avec les habitants du lieu. Ainsi le forgeron laissera un instant sa forge pour aller parler d'un projet commun avec le garagiste Le compagnon suit le rythme de vie du maître-ouvrier.

L'ouvrier d'usine n'a, tout au plus, que le temps de donner rendez-vous pour la "débauche" à un de ses camarades de l'atelier voisin, pour discuter d'un sujet hors-travail. Quant à sortir de l'usine, l'horloge pointeuse ordonne son horaire de labeur. Celui qui dans une usine a la possibilité d'un rythme artisanal considère qu'il possède une "planque".

Qu'il s'agisse d'une insertion à plusieurs dans une grosse ferme ou de plusieurs placements individuels dans un même village, le nombre des handicapés employés est un élément important. Il est fonction du nombre des autres ouvriers et du nombre des habitants du village. Il est également relatif aux types de comportements de ces handicapés. Comme nous avions vu la nécessité de l'équilibre des groupes dans un milieu protégé, la composition de cette population particulière dans un village est à étudier. Il paraît avant toute recherche expérimentale sérieuse, que cette structure doit être du type groupe-hébergement que nous avions défini au chapitre précédent. De même la formation du groupe d'atelier industriel serait du type groupe-travail.

Une insertion massive ou homogène dans une région circonscrite s'exposerait, outre les dangers d'intoxication ou d'intolérance , à des risques d'accomodation d'un mode peu souhaitable. Il existe quelques exemples de villages ayant pour tradition de recevoir des malades mentaux. Ceux-ci se trouvent donc en grand

---

(*) A. Lamarche - O.C. p.

nombre, plus nombreux parfois même que les autochtones. Il ne s'agit pas là d'insertion véritable mais d'une sorte de commerce de l'hospitalité. Tout au plus peut-on considérer de tels milieux comme une forme d'hospitalisation.

Le second objectif de l'orientation, intéressant la société, est de fixer le handicapé dans une fonction où il est utile.

Ne pas tenir compte des besoins immédiats de la société consisterait à rester enfermé dans un point de vue médical étroit, et à n'intégrer dans les données du problème que les éléments strictement individuels appartenant aux malades, leurs aptitudes. Cette attitude ne nécessite qu'un moindre effort puisque tout simplement elle aboutit à choisir des métiers d'application facile ne demandant pas trop de responsabilités, correspondant à un certain confort social. Or, ces postes sociaux, dont les avantages pour des esprits peu ambitieux présentent des attraits incontestables , sont bien évidemment courus et occupés. Il ne paraît donc pas particulièrement rentable d'insérer de nouveaux éléments dans des secteurs surencombrés. Quelles que soient les garanties données pour ces professions au point de vue stabilité (assurances, retraite, adynamisme débilitant les moyens de défense, pseudo-protection engendrant l'inertie), la concurrence s'y trouve féroce. Le handicapé moins bien armé que ses émules, même si ceux-ci sont de nature à répugner à la lutte, se trouvera plus facilement éliminé lors des "purges" que la société s'impose par autorégulation. Le surencombrement localisé, étant un déséquilibre, nécessite tôt ou tard les reconversions provoquées par le sens homéostatique de la collectivité.

Maintenir les handicapés dans de telles situations reste possible en prolongeant leur protection. Mais compenser le handicap par des privilèges ne paraît pas souhaitable. Car, à tort ou à raison, la notion de l'injustice apparaît alors vite aux yeux des autres, ressentant soudain comme une malchance le fait de n'avoir pas été malades. De toute façon , une action allant à l'encontre des intérêts de la collectivité ne peut pas être considérée comme raisonnable. Le handicapé ne doit jamais se présenter dans un milieu naturel comme un intrus. Le heurt avec les organismes syndicaux trouverait l'équipe protégée sans arguments valables.

En conséquence, l'orientation du handicapé, élément nouveau pour la société, travailleur disponible, doit s'assurer d'une sérieuse information sur le marché du travail. Les statistiques officielles peuvent donner une base sérieuse à cette quête des emplois. Malheureusement, elles présentent un grave inconvénient

la lenteur de leur élaboration. Si leur étude peut apporter de solides arguments prévisionnels d'ensemble, leur application immédiate, dans le détail, les trouve trop souvent périmées. Le classement quotidien des "petites annonces" de la Presse suffit en général aux projets à court terme. C'est sur elles que reposent nombre de placements, les autres étant obtenus par relations directes. Ces relations s'établissent au moment de la création d'un organisme d'insertion par un véritable "porte-à-porte" du service social.

Cette information directe permet l'orientation des handicapés ; quant à l'orientation des centres de réadaptation et des milieux protégés, elle demande des prévisions plus lointaines. Ici encore l'information par le contact direct avec les grandes entreprises, les industriels, les artisans et les cultivateurs, permet de calquer les prévisions sur leurs projets (*). Elle demande, de la part du médecin, des enquêtes personnelles, un intérêt braqué sur les faits sociaux. Il doit se familiariser avec de nouvelles disciplines extra-médicales et ainsi assumer son rôle d'intermédiaire entre le malade et la société.

Choisir une profession pour un handicapé c'est mettre les intérêts de celui-ci sur une valeur boursière fluctuante, le métier: l'image du médecin réadaptateur n'est pas sans évoquer celle d'un fondé de pouvoirs disposant d'une sorte de capital-travail, les possibilités de son patient. Pour les faire fructifier pleinement, il faut bien placer ces valeurs. Ceci nécessite une bonne connaissance du mécanisme du marché du travail ainsi que des moyens d'information éveillés. Les revirements de la bourse de la main-d'oeuvre doivent être suivis des manoeuvres conséquentes. La multiplication des possibilités professionnelles s'impose, de même la très grande souplesse de structure des milieux réadaptant. (**)

---

(*) "Voilà dans quelle atmosphère obscure tombe l'orientation. Il (médecin, psychologue, urbaniste, hygiéniste, pédagogue ou économiste) ne sait rien des conditions réelles des métiers, il n'a pas de statistiques, faits et chiffres lui font défaut. Le secret des affaires veille à tout : à ne pas divulguer les répartitions exactes de personnel, la précision des fonctions, les données du rendement (...), les évolutions de la technologie, les salaires réellement payés, les prévisions de la production ou des échanges".

P. NAVILLE - Théorie de l'orientation professionnelle.

(**)" Leur avenir (les activités de santé mentale) est fonction d'une part de l'évolution de la psychiatrie et des sciences humaines, et d'autre part de l'évolution même de la société. Les réalisations d'aujourd'hui, même celles qui paraissent les plus adéquates, ne sont pas nécessairement celles qui seront jugées bonnes demain.

F. CLOUTIER - La Santé Mentale - PUF - 1966

Ceci implique le dynamisme de l'équipe, l'abstention des créations définitives, la lutte contre la sclérose des habitudes prises par un service de réadaptation. La recherche des formules de réadaptation ne peut aboutir à la découverte de recettes de placement de handicapés.

La souplesse nécessaire aux méthodes impose donc la coordination soigneuse des moyens.

# L A  C O O R D I N A T I O N

La coordination des différents milieux protégés reprend, sous un angle plus général, les rapports qui doivent s'établir entre les différents secteurs géographiques et professionnels de progression, afin de ménager entre eux une perméabilité suffisante, achevant de structurer cet ensemble en réseau de libre circulation où le handicapé a la possibilité de parcourir le trajet qui correspond le mieux à ses nécessités.

Le point de départ commun pour toutes les méthodes de réadaptation, telles que nous les avons décrites dans les premiers chapitres, sera l'état de régression thérapeutique du handicapé à la sortie du trouble aigu. Mais au sein de chaque secteur, elles se différencieront les unes des autres, au cours de leur application, par les différences de leurs orientations.

Pour le handicapé présentant le besoin, en cours de réadaptation, d'un changement d'orientation, le passage d'un secteur à un autre doit s'effectuer sans heurt, sans qu'il puisse avoir l'impression de pénétrer dans un monde étranger incomparable à celui qu'il quitte.

La familiarité entre les différents secteurs nécessite des contacts fréquents et directs. Sans doute, convient-il de rechercher la manière d'établir ces rapports.

Cette organisation de la perméabilité doit être complétée par celle de la fluidité entre les différents niveaux.

Ainsi, les centres de directions autonomes doivent trouver les possibilités de réunir leurs actions, bénéficier d'un langage commun, ne pas constituer des écoles dispersées.

" Le problème crucial de notre époque est celui d'une organisation du second
" degré - l'organisation d'organisations. (*).

---

(*) HOWARD Rome - What we must do - Conférence donnée à l'American Psychiatrie Association - Washington, DC - Feb. 1965 (Tr.p.a.)

La coordination doit permettre, en outre, d'échanger les résultats acquis dans une discipline qui, si elle est unique, se trouve, quant aux modes de son application , personnalisée par les différents auteurs. Il s'agit là d'une coordination des recherches, tout comme pour les services de liaison entre les différents bureaux d'étude, dans les laboratoires d'applications scientifiques.

" Un programme de santé mentale communautaire intéressant la fonction d'inté-
" gration et de coordination, doit s'adresser directement à lui-même sur ce
" sujet et s'attacher à ce qui est surtout une fonction totalement omise,
" bien que cruciale, dans le champ de la santé mentale aujourd'hui, le diffé-
" renciant précisément, à coup sûr, des entreprises existant déjà dans ce
" domaine. (*).

Pour approcher les différents centres d'intérêt de cette coordination nous emprunterons encore les trois voies d'abord du problème de la réadaptation : celle du malade, celle du médecin et celle de la collectivité.

---

(*) Maurice G. MARCUS and MARSHALL EDELSON- Priorities in Community mental health programs : a théorical formulation - in Psychiatrie sociale - Août 1967(Tr.d.a.)

## LE CADRE FAMILIER DE L'EQUIPE DE READAPTATION

La notion nous est déjà acquise, depuis les premiers chapitres de ce travail, de l'intérêt d'une continuité dans l'entourage du handicapé, du maintien d'une ambiance familière connue, sans surprises libératrices de décharges émotionnelles.

Dans la conception de la réadaptation par paliers de progression, les paliers représentent les divers établissements de postcure ; mais, comme nous l'avons vu, chaque changement de palier, de niveau, s'accompagne du danger de la crise d'adaptation. Nous observons cette crise à la sortie directe de l'hôpital certes, mais aussi à l'entrée d'un centre de réadaptation, également à la sortie de celui-ci et même lors des sorties-tests dont les stages représentent pourtant des échelons intermédiaires entre le centre et le milieu naturel. Ces crises ne seront pas forcément moins importantes si la différence de niveau franchie est plus faible, car les réactions provoquées par le désarroi humain, quand il se manifeste, empruntent une courbe évolutive du type explosif ; et le processus des émotions en chaîne peut aller jusqu'à aboutir à l'état du plus grand désordre dans la personnalité entière. Cependant, plus la marche séparant les niveaux sera faible moins ces réactions seront probables.

Aussi aménagée que soit la transition, aussi minime que soit la dénivellation, il s'agit toujours d'un changement de milieu, de décor, et le processus peut s'enclencher. Pour amortir les premiers effets, ce qui revient à bloquer la chaîne des réactions, il faut agir très vite par les moyens thérapeutiques habituels psychopharmaceutiques et psychothérapiques. Cette dernière méthode n'aura d'efficacité immédiate que si le psychothérapeute est déjà connu du sujet. Sinon l'aventure de l'obtention d'un transfert "en coup de foudre" ne paraît pas à tenter, sauf en cas de danger, le transfert n'étant pas souhaitable pour une réadaptation, recherchant toujours, au contraire, une distanciation progressive. A plus forte raison, le transfert par des méthodes expéditives dont le contrôle des effets demande une véritable maëstria met en cause la sécurité du malade qui nous est confié ; au minimum, il est une brutale régression de l'autonomie.

Par conséquent, la période de transition réclame la familière présence du psychothérapeute habituel. Celle-ci familiarise l'ambiance et évite souvent le déclenchement de la crise. L'action du médecin est complétée, nous l'avons vu ,par celle des membres de son équipe socio-professionnelle, et par la présence de l'équipe de camarades. Ce contexte prolonge , en quelque sorte, la personnalité du médecin et son influence. Un seul membre de ce groupe suffit souvent à représenter le cadre familier de l'équipe de Réadaptation.

Ainsi l'on comprend mieux, l'importance du camarade d'hôpital retrouvé au centre de réadaptation,la meilleure réussite des sorties-tests en groupe que seul.

Il s'agit ici de la continuité de l'environnement humain mais les méthodes de travail, les horaires, les règlements intérieurs, la dimension des espaces, tout ce qui constitue le reste de l'environnement a également son importance.

Le problème de coordination qui se pose alors entre les établissements de réadaptation, représentant les différents niveaux, est, pour le point de vue du malade, celui de ce maintien de la familiarité de l'équipe et des méthodes. Non point tant que l'équipe doive rester toujours strictement la même, non point que les méthodes doivent être immuables, nous serions alors bien loin de la progression d'une part, de la stimulation de l'adaptabilité d'autre part, mais ces paramètres doivent varier progressivement sans heurts trop prononcés. Les changements adoucis ne gardent plus que leur qualité de stimulants.

Ces conditions ne peuvent être remplies que grâce à l'unité de l'équipe de réadaptation. Nous avons déjà décrit le passage de l'hôpital psychiatrique au centre de postcure en nous appuyant sur les méthodes utilisées au C.P.R.S.A.O. : ne pas abandonner le handicapé à la porte, ne pas tolérer son admission en fin de semaine, ce qui le laisserait vivre solitaire un week-end où il ne serait pas entouré d'une ambiance active, lui rechercher un ancien camarade déjà connu pour l'accompagner lors de ses premiers jours dans le nouveau milieu. Par contre, le contact médical trop insistant, trop indiscret, les observations à l'entrée, sont à éviter ; car le nouveau pensionnaire ne connait pas ses nouveaux médecins. Cette situation ne doit être, dans cet exemple, considérée que comme transitoire. Elle est le résultat d'une coordination, avec les différents hôpitaux, insuffisamment développée. L'idéal serait que le handicapé connût auparavant son médecin. Que le médecin du centre aille à l'hôpital ? il y va parfois : le contact ne peut être que bref sinon superficiel. Que le médecin du centre hospitalier vienne fréquemment au centre de postcure pour suivre son ancien avec l'équipe de réadaptation?

il ne semble pas qu'il en ait le temps, ou alors les contacts seront également trop brefs. Cette manière qui correspond exactement à l'esprit de la sectorisation paraît difficilement applicable dans un pays pauvre en spécialistes.

Toutefois deux méthodes complémentaires permettent de contourner cette impasse.

La première est l'établissement des contacts par les assistants des chefs de service, les internes, les assistantes sociales, les infirmiers, les moniteurs. Il ne s'agit pas tant de contacts personnels entre les deux équipes hospitalière et réadaptatrice, mais de contacts avec les malades avant et après la transition.

Ici s'impose la nécessité d'une coordination étroite, d'une rupture des notions de secteurs intra et extra-hospitaliers qui sont périmées pour prendre plus complètement la notion de secteur géographique telle qu'elle prévaut actuellement. Notons bien que la conception du secteur géographique doit s'articuler avec celle des milieux de réadaptation qui envisagent, par obligation de fonctionnement, le secteur comme socio-professionnel. En conséquence, il s'agit d'articuler les rapports d'un service d'hôpital psychiatrique ( secteur géographique) avec plusieurs filières de réadaptation (secteurs socio-professionnels) qui reçoivent elles-mêmes des malades de plusieurs hôpitaux. Un point de simplification apparaît : c'est que le centre de réadaptation a une situation géographique et par cela même se trouve couvrir un secteur géographique(*). Celui-ci doit d'ailleurs se rétrécir avec la multiplication de ces centres. Cependant, cette localisation verra sa contraction se limiter. On ne peut guère envisager plusieurs centres correspondant à des secteurs socio-professionnels propres et appartenant exclusivement à un seul secteur géographique, c'est-à-dire à un service hospitalier. Non pas que ce système ne paraisse viable mais parce qu'il semble par trop onéreux et que les réalisations multiples restreindraient les moyens de chacune d'elles, le résultat n'étant point, alors, le rendement économique optimal.

A l'aube de l'ère de la sectorisation, bien des efforts considérables pourraient être épargnés : ceux de l'entreprise individuelle (par service hospitalier) pour l'implantation de milieux protégés. Tôt ou tard, comme il en est des entreprises individuelles dans les autres domaines, la mise en coopération des moyens permettrait une meilleure efficacité de ceux-ci. N'est-il pas plus sage de brûler une étape et d'unir dès le départ les actions dispersées ? Voici le point

---

(*) Par exemple le C.P.R.S.A.O. couvre douze départements.

crucial : la mise en évidence de la nécessité absolue d'une coordination qui, par ailleurs, présente d'autres avantages, nous le verrons plus loin.

La seconde méthode, libérant les médecins, hospitaliers et réadaptateurs, tout en apportant dans une certaine mesure la continuité, est le séjour préparatoire dans le milieu de réadaptation . Cette méthode est insuffisante par elle-même, mais elle constitue un appoint non négligeable. Un peu comparable à la sortie-test du centre de réadaptation, elle est une sortie de l'hôpital pour un temps limité permettant au handicapé de faire connaissance avec son nouveau milieu. A l'origine, pour le centre, ce stage d'observation devait permettre de compléter le dossier d'entrée par l'irremplaçable contact direct. Mais le bénéfice qu'en tire le malade, dans la mesure où ce stage le rassure, quant au milieu nouveau inconnu auquel il est destiné, est bien plus considérable. La durée souhaitable de ce stage semble devoir être d'une quinzaine de jours : laps de temps suffisamment court pour que le sujet ne prenne pas l'habitude du nouveau milieu (autrement son retour au service hospitalier le découragerait ) et suffisamment long pour que les médecins réadaptateurs puissent faire sa connaissance sans la brusquerie de l'observation médicale d'emblée par les méthodes classiques.Comme pour les sorties-tests, ce stage peut être traumatisant ; or, comme pour celles-ci l'expérience à plusieurs minimise l'inquiétude. Toutefois, le centre ne peut recevoir un groupe trop important dont la tendance à rester fermé sur lui-même dans une ambiance de "permission" le perturberait. Le meilleur équilibre entre la protection par le groupe et les dangers supposés de l'aventure paraît s'établir pour un groupe de deux.

Ces rapports entre l'hôpital et l'organisation réadaptatrice constituent le premier point de la coordination. Pour les exemples antérieurement donnés, cette coordination est réalisée par des degrés divers d'appartenance des médecins réadaptateurs aux services hospitaliers.

Pour les Foyers Psychothérapiques de Bordeaux, ce sont les fonctions hospitalières du Docteur Demangeat :

" L 'articulation avec les services hospitaliers, le secteur, la région est
" une question essentielle. Nous l'avons résolue empiriquement en recevant
" surtout des malades bordelaises en provenance du service hospitalier auquel
" nous sommes attachés ou de services et de cliniques de la région avec
" lesquels nos relations sont étroites.

" Ainsi les difficultés liées aux transbordements de malades de l'hôpital
" dans notre Centre ( ou en sens inverse, en cas de rechutes )sont le plus
" possible atténuées. Surtout elles sont mieux comprises et mieux analysées
" par des équipes thérapeutiques qui travaillent depuis plusieurs années en
" relation étroite.

" La proximité géographique facilite, bien sûr, tous ces contacts indispensa-
" bles. Nous ne pensons pas cependant que le "Centre de Réadaptation" doive
" être nécessairement articulé sur le "secteur". Nous avons constaté que,
" plus on s'éloignait du modèle médical, plus se diversifiaient les problèmes
" Pour éviter l'hétérogénéité et, partant, la paralysie, notre Centre a dû
" replier l'éventail de ses indications. Il existera donc, semble-t-il, une
" certaine spécialisation nécessaire des Centres de Réadaptation ; or chaque
" secteur ne pourra disposer de nombreuses formations de ce type". (*)

Pour les Hôtels Protégés du Docteur Early, le siège de l'organisation est également étroitement lié à l'hôpital de Bristol. Le premier chainon de réadaptation est implanté dans les murs mêmes de cet hôpital.

Quant aux activités de réadaptation de l'organisation de l'hygiène mentale à Genève, elles s'intègrent tout naturellement dans un ensemble ayant littéralement fait éclater le cadre de l'hôpital comme le montre le schéma joint.

" L'activité dite de réadaptation est conférée à un centre parfaitement
" intégré à l'ensemble.
" A notre avis, la réadaptation socioprofessionnelle des malades mentaux ne
" doit pas être confiée à une instance indépendante du cadre propre de la
" psychiatrie. Elle commande un mode de faire que seule permet une parfaite
" connaissance de la maladie mentale. (** )

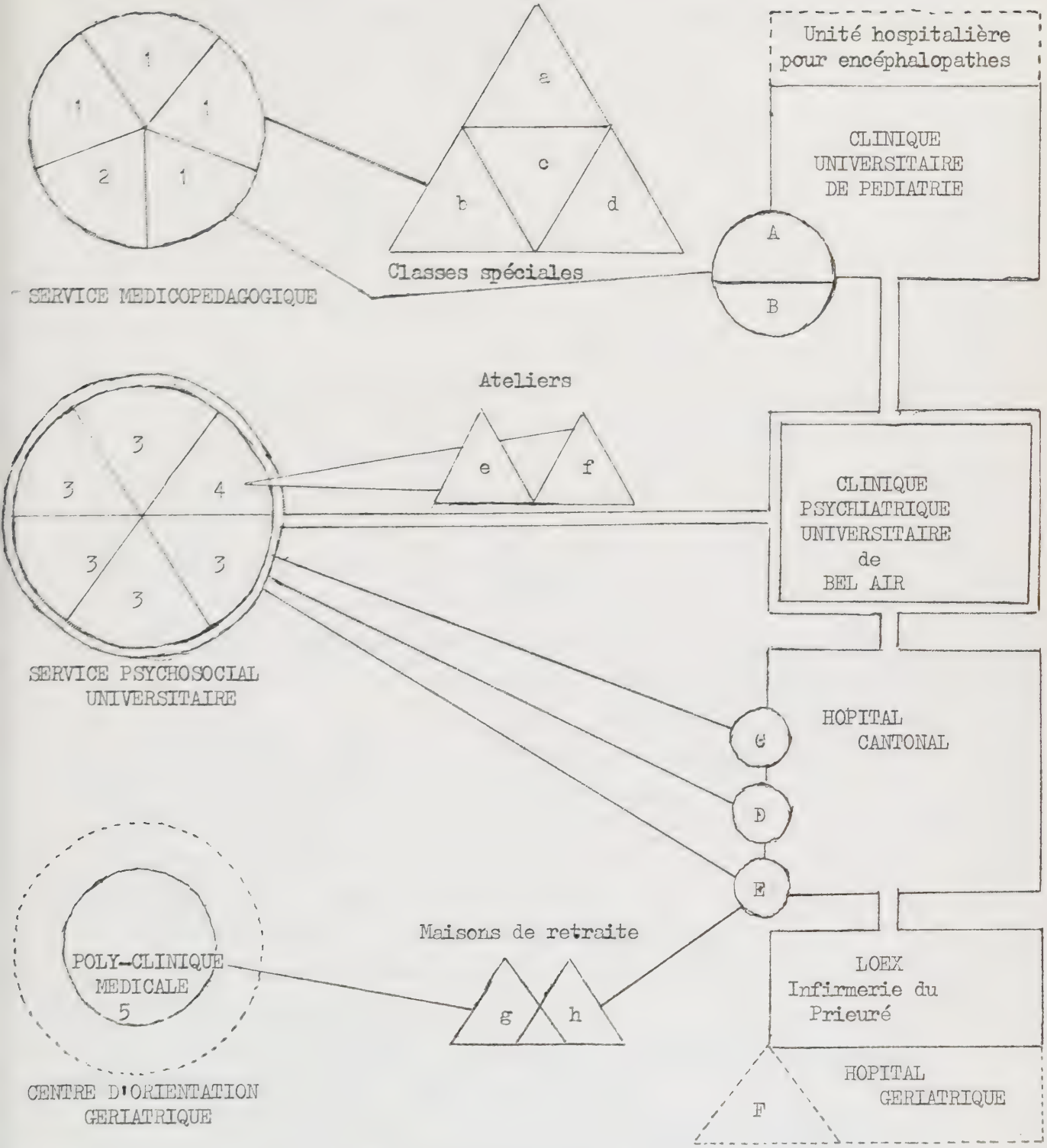
L'articulation du centre de réadaptation avec les étages suivants parait poser moins de problèmes puisque les activités de ceux-ci seront dès l'origine coordonnées par le centre couvrant le secteur socioprofessionnel. Toutefois, s'il parait intéressant que ces milieux divers jouissent d'une autonomie administrative, leur activité de réadaptation, proprement dite doit être le fait de la même équipe médicoprofessionnelle.Toute institution privée, tout organisme d'élaboration particulière,peuvent s'intégrer de la même manière.

---

(*) M. Demangeat O.C.p.1 (**)

(**) F. LEGGI O.C.p.31

SERVICE AMBULATOIRE | MILIEUX COMPREHENSIFS | MILIEUX HOSPITALIERS




Schèma de l'organisation de l'hygiène mentale à Genève .

Légendes du schéma de l'Organisation de l'Hygiène Mentale
à Genève

---

Service médico-pédagogique :

1 - Equipes de diagnostic et de traitement
(par secteurs géographiques)

2 - Equipe de diagnostic et de traitement
pour adolescents

Centre psycho-social universitaire :

3 - Equipes médico-sociales (par secteurs géographiques)

4 - Centre de réadaptation sociale

Polyclinique médicale :

5 - Gériatrie

Ecoles publiques (Service médico-pédagogique) :

a) Classes spéciales (déficits intellectuels)

b) Classes d'adaptation (troubles caractériels, inadaptation sociale,etc...)

c) Classes spécialisées pour handicapés (sourds et sourds-muets, amblyopes, enfants hospitalisés, IMC,etc...)

d) Institutions spécialisées (externats et internats).

Centre de réadaptation sociale (Centre psycho-social)

e) Atelier d'observation et d'adaptation

f) Atelier d'entrainement au travail

Maisons de retraite (Fondations semi-privées)

g) Cité-Vieillesse (appartements pour personnes âgées)

h) Maison de retraite de Vessy

Service Médico-Pédagogique :

A- Equipe de diagnostic et de traitement à la clinique de pédiatrie

Polyclinique de psychiatrie (Centre psycho-social)

B- Section de psychiatrie de l'enfant à la clinique de pédiatrie

C- Rééducations du langage pour aphasiques (hôpital cantonal)

D- Section de médecine psycho-somatique (hôpital cantonal)

E- Section de psycho-gériatrie (hôpital cantonal et maisons de retraite)

F- Futur hôpital de jour gériatrique

Ainsi rapprochés, les différents milieux peuvent assurer une fluidité maximale du courant des handicapés, la stagnation de certains n'étant plus imputable qu'à la faiblesse de leur coefficient d'adaptabilité.

Le second objectif de la coordination sera de veiller à une suffisante perméabilité entre les différents secteurs socioprofessionnels pour permettre des rectifications nécessaires en cas d'orientations originelles mal préconisées ou tout simplement pour obtenir une stimulation des adaptabilités insuffisantes, comme nous l'avions exposé plus haut.

Or l'orientation d'un centre détermine en partie sa localisation géographique et le passage de l'un à l'autre implique un voyage, un changement d'équipe réadaptatrice. L'adoucissement de la transition ne peut ici jouer que sur l'emploi du stage d'observation préalable et sur une certaine unité de méthodes, en particulier, sur une entente assez précise entre secteurs de réadaptation quant à la cotation des niveaux, autrement dit, par l'emploi d'un langage commun, par un accord préalable sur le but à atteindre et sur les méthodes à préconiser. Sans qu'il puisse être question d'une standardisation des moyens à employer, surtout dans un domaine nouveau où la recherche tient une place importante, disons qu'une unité de langage sinon d'école s'impose.

Cette unité souhaitable apparaît comme très possible ; on constate une très grande similitude entre les opinions et les manières de faire des spécialistes de ces questions, dans les rencontres internationales. Pour donner un exemple de cet accord, nous retrouvons, dans trois organisations citées, sans qu'aucun échange antérieur n'en ait permis l'élaboration commune, la même conception méthodologique des trois périodes :

- Observation
- Réadaptation proprement dite ou formation
- Occupation en ateliers de travail rémunéré

(F. Jaeggi)

- Réentrainement - observation - orientation
- Réadaptation proprement dite
- Période probatoire - Sorties-tests

( A.Lamarche)

- Foyer d'accueil : "Observation-orientation"
- Petits foyers-appartements :"Période de stabilisation et d'efforts"
- Foyer de vie collective :"Période de mise au point".

(H. Demangeat)

# STRUCTURE FONCTIONNELLE DU RESEAU DE READAPTATION

Le chapitre précédent a déjà traité d'une partie des relations entre milieux protégés, relations assurant la cohésion de la structure fonctionnelle de l'ensemble. Cette partie est celle qui apparaît aux yeux du handicapé, ce sont les éléments de la structure qui lui sont directement accessibles. Mais l'ensemble est plus complexe.

Si nous reprenons, du point de vue du médecin cette fois, ces deux premières rubriques de la coordination (coordination à l'intérieur du secteur et coordination entre secteurs), nous trouvons dans la première la notion de la répartition des malades et les prévisions d'avenir concernant le restructuration du champ de la santé mentale telle que l'envisage la psychiatrie sociale ; dans la seconde rubrique, qui n'avait été qu'évoquée, les nécessités d'une recherche d'unification du langage, de la formation spéciale des médecins réadaptateurs, et enfin, les possibilités administratives de perméabilisation des secteurs.

Un autre ordre de relations s'impose pour le fonctionnement de l'ensemble : ce sont les articulations avec les autorités administratives, patronales et syndicales.

Nous pourrions dire qu'il convient d'étudier trois ordres de relations: les relations dans le secteur, les relations entre secteurs, les relations extérieures au réseau. Mais les relations dans le secteur sont compliquées par le fait que le secteur géographique s'articule à plusieurs secteurs socio-professionnels et, en conséquence, elles s'intriquent avec les relations entre secteurs. Les relations avec les autorités administratives ne sont pas purement extérieures au réseau, car l'administration doit être représentée au sein même de celui-ci. Les relations avec les autorités syndicales et patronales sont de moins en moins extériorisées au fur à mesure de l'adhérence du réseau aux structures sociales.

Voyons d'abord la coordination du réseau. Un point apparaît important en plus de ceux qui furent énoncés précédemment : le nombre suffisant des centres

de réadaptation pour répondre aux besoins des hôpitaux (*). Nous avions parlé de fluidité, il est également question de débit. Il est bien entendu que l'échelle progressive de réadaptation telle qu'elle est ici décrite, reste toujours ouverte sur la sortie définitive, sur l'implantation dans le milieu naturel. Cependant il est malheureusement évident que certains n'arriveront pas à une autonomie normale, Aussi ce système préconise les petits milieux semi-protégés, très près de la vie extérieure, et la stimulation incessante au progrès. Toutefois si ces milieux ne sont plus des impasses, ils n'en sont pas moins des lieux de résidence très prolongée, parfois définitive, en fait sinon en intention. De cette manière cet appareil réadaptateur se propose-t-il de drainer l'hôpital de son lot de chroniques : d'abord en évitant la chronicité, par le mouvement empêchant le maintien dans le milieu le plus artificiel qu'est l'hôpital, ensuite par le placement du malade déjà chronique dans la situation la plus proche du milieu naturel qui lui est possible.

" Il est évident que moins vous isolez les malades et moins vous les
" mettez en état de ségrégation et plus vite vous les récupérez." (**)

Ceci n'est possible qu'à la condition d'une capacité suffisante de l'espace protégé. Sinon nous assisterions aux transferts stériles et successifs d'un milieu surencombré à un autre dans un perpétuel mouvement de va et vient.

" On voit aisément pourquoi la notion de secteur s'est rapidement im-
" posé. A mesure que se différenciait les services, le danger s'aggravait
" d'une ségrégation entre les services actifs et les services traditionnels,
" les premiers se réservant les cas aigus et laissant aux autres les chro-
" niques ; ou entre l'hôpital et les services extra-hospitaliers, le premier
" toujours surencombré, cherchant à faire sortir les malades et les seconds
" rapidement submergés, cherchant à les réhospitaliser.

---

(*) Le C.P.K.S.M.O. demande actuellement pour une admission un délai d'attente d'un an. Par ce fait, nombre de handicapés justiciables de ce traitement se trouvent éliminés. Cette sélection est parfaitement anormale. La stagnation qui en résulte pour ceux qui n'ont pas d'autre recours est dangereuse.

(**) A. LAMARCHE - Réunion de la Société Neuropsychiatrique de l'Ouest - Billiers le 11 Juin 1967.

" Le secteur aux mains d'une même équipe, permet de limiter ces dangers,
" car tout désormais s'inscrit en partie double : la sortie de l'hôpital
" est une entrée dans les services extra-hospitaliers et inversement. La
" tendance n'est plus à la ségrégation mais à l'équilibre." (*)

Ce milieu de protection réclame un nombre de places considérables, mais il faut noter que la stagnation dans un travail protégé ou semi-protégé doit diminuer au fur à mesure des progrès du système et de la disparition de ces chroniques d'emblée, à l'entrée. Les institutions plus spécialement réservées à ces malades peu ou pas évolutifs, (les petits milieux implantés près du milieu naturel) doivent en partie disparaître après avoir rempli leur rôle ; par contre les premiers échelons de la réadaptation semblent promis à un avenir plus durable.

Rappelons qu'il est nécessaire de prévoir des structures souples, vivantes, adaptables, transformables et non des institutions rigides.

" Confrontée à des contradictions qui limitent actuellement son pro-
" grès, la psychiatrie sociale doit avoir le courage de reconnaître et
" d'évaluer les obstacles qu'elle rencontrent, mais aussi l'imagination
" nécessaire pour leur trouver des solutions ; son plus grand problème
" actuel me paraît être celui de la prise en charge des psychoses chroni-
" ques actuellement institutionnalisées. Il nous a paru qu'une solution
" pouvait permettre de la surmonter : la création d'une phase transition-
" nelle entre la forme asilaire et la forme mutante dite de secteurs, pha-
" se profuse et éphèmère, épuisant par sa profusion la nocivité du surpeu-
" combrement asilaire permettant la recherche de formes permanentes et en
" protégeant le développement pour enfin disparaître, après deux ou trois
"décennies aussitôt terminé son rôle évolutif." (*)

Ainsi à la notion de fluidité doit s'ajouter celle complémentaire de débit. La coordination sectorielle n'y est point étrangère au moment de la création des milieux de réadaptation.

---

(*) P. SIVADON - Le problème des psychoses chroniques dans les conceptions modernes de la psychiatrie sociale - Sandorama - Numéro spécial pour le Congrès international de psychiatrie - Madrid - 1966

La coordination entre secteurs socio-professionnels, c'est-à-dire entre filières différentes de réadaptation impose, nous l'avons vu, l'adoption d'un langage commun, surtout pour exprimer le niveau de réadaptation d'un handicapé. Cette notion du niveau de réadaptation est nouvelle et l'entendement des termes qui l'exprime peut être imprécis. Définir la réadaptation consiste à analyser les différentes qualités qui entrent en jeu pour son obtention. La cotation de ces qualités ne peut être que subjective, mais actuellement l'évaluation d'un individu n'est-elle pas donné par une note aussi subjective, lors d'un examen ? Ces cotes seront variables bien évidemment avec le temps, marquant les progrès et les régressions dans les différents domaines. Nous nous trouvons devant le problème suivant :définir un certain nombre d'éléments informatifs dont l'ensemble participe à la réadaptation, noter en valeur ces éléments,établir une courbe dynamique de ces valeurs pour obtenir un profil de "réadaptation". Le problème s'est posé au C.P.R.S.A.O., pour informer, d'une part le médecin de l'évolution de l'attitude des hancicapés, en dehors de sa présence, au travail et en société, d'autre part le service social à l'instant du reclassement. Nous avons été amenés à établir un "ingénogramme" (*) mensuel de nos pensionnaires reflétant les dilatations ou contractions de leur personnalité.

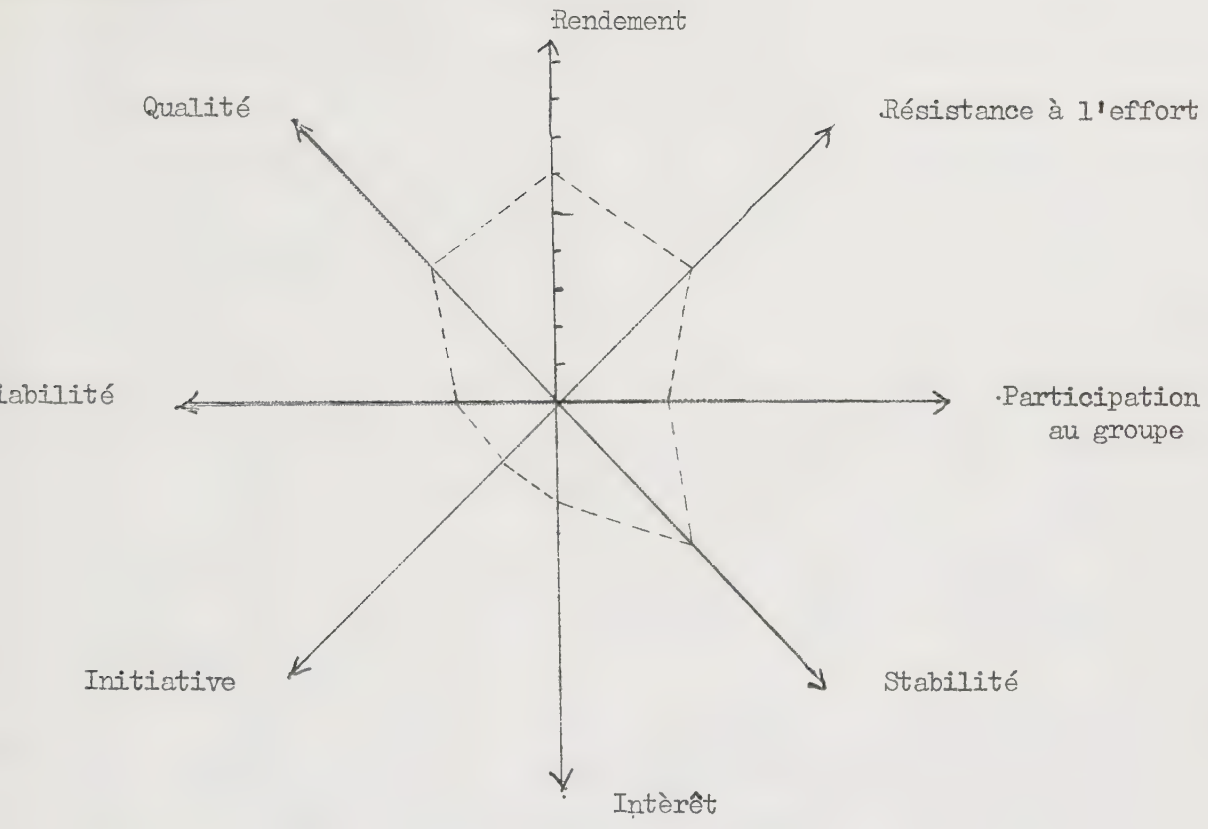
Cette figure se décrit comme une étoile à huit branches, chaque branche est divisée en dix graduations et correspond à une qualité que le moniteur note de 1 à 10.La note attribuée à chaque qualité est reportée sur la branche correspondante et les points obtenus sont réunis entre eux pour former un profil circulaire. Nous avons retenu les qualités suivantes : résistance à l'effort, participation au groupe, stabilité, intérêt, initiative, sociabilité, qualité du travail, rendement. Pour le moniteur d'éducation physique, un ingénogramme particulier présente les branches équivalentes : résistance à l'effort, esprit d'équipe, ténacité, dynamisme, inititative, sens des responsabilités, adresse, efficacité. (Voir schéma).

Le carnet réunissant ces profils en étoiles pour un hancicapé donne une bonne idée de l'évolution de celui-ci. Nous ne donnons cet exemple qu'à titre de suggestion, son emploi est encore trop récent pour que l'on puisse tirer des conclusions sur sa valeur informatrice.

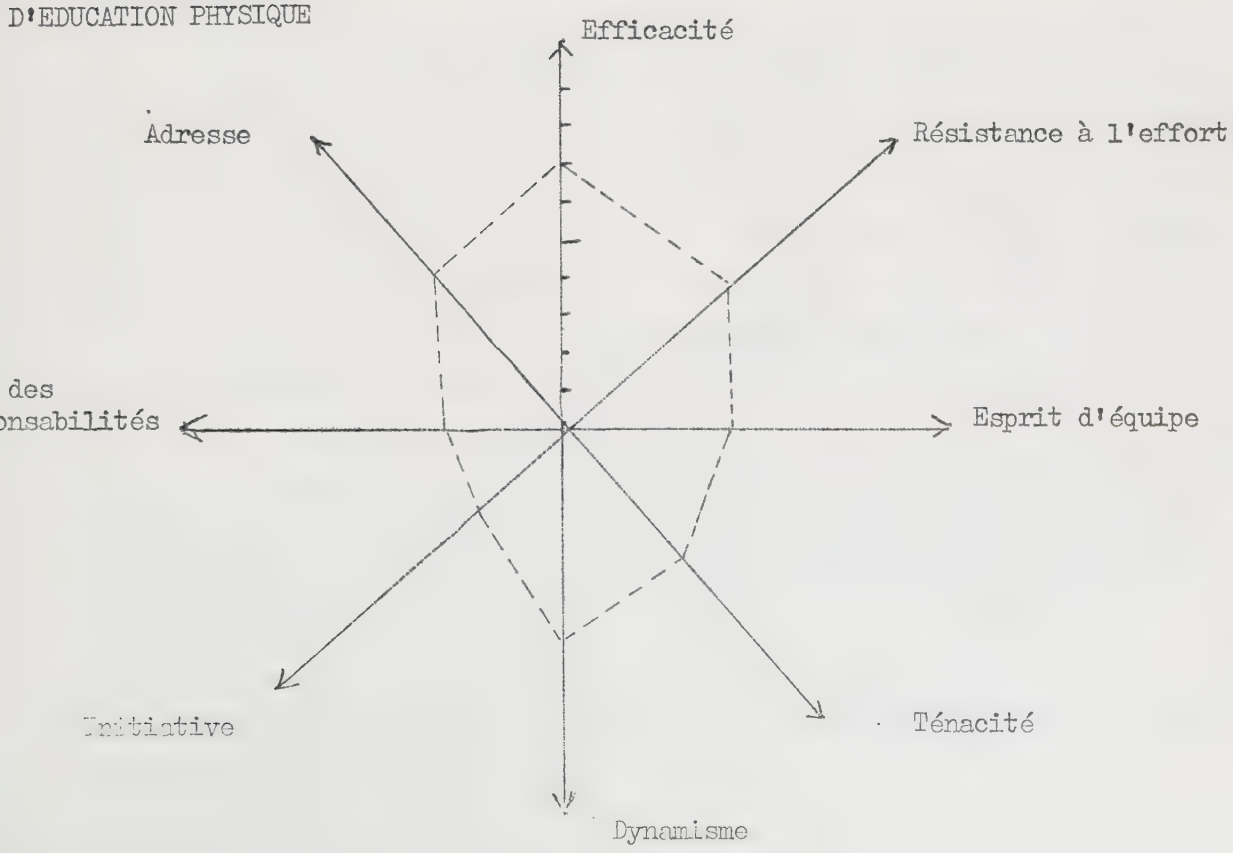
---

(*) LAUMEL (1922) d'ap. H. PIERON - Vocabulaire de la psychologie - PUF - 1963

DE READAPTATION




D'EDUCATION PHYSIQUE



A ce problème du langage et de son unification se rattache celui de la formation des spécialistes en cette discipline. S'occuper de réadaptation de malades mentaux exige bien évidemment la formation psychiatrique, mais au delà de cet enseignement de base, le réadaptateur doit étendre sa vision aux matières connexes, à la psychiatrie sociale : sociologie, écologie, technologie, médecine du travail, ergonomie, administration, économie, etc... Or ce complément indispensable reste pratique. Comme en toutes sciences humaines, et en médecine particulièrement, l'apprentissage doit se faire par un long contact avec la pâte humaine. Comme pour toute école psychiatrique,l'art, la manière de faire, la sensibilité particulière du clinicien, la façon de parler ou de se taire s'apprend, après le cours théorique, au long des patientes observations de l'interne au côté du malade. Et en psychiatrie sociale, où le but consiste, pour l'étudiant, à se rompre à la réalité sociale dans son aspect si particulièrement épineux de la réinsertion du handicapé mental, la formation la plus logique ne doit-elle pas être entreprise au sein même de cette réalité, dans l'équipe de réadaptation ?

Cette nouvelle situation de l'interne, hors de l'hôpital, résout dans une certaine mesure les besoins de coordination du secteur, de même que sa participation active à l'équipe lui permet d'accomplir ce cycle de formation complémentaire.

" Je crois qu'il faut créer les équipes et que vous ne résoudrez ce
" problème (la présence médicale dans les ateliers et foyers protégés) que
" par l'équipe. D'ailleurs l'équipe résoudra le problème de la formation
" des psychiatres. Il est évident que le jour où nos jeunes collègues
" seront inclus dans une équipe, ils auront plus de facilité à préparer
" la spécialité. Car rendant des services, leur vie matérielle sera assurée
" alors qu'elle ne l'est pas pratiquement actuellement. On pourra alors
" envisager de prolonger le temps nécessaire à la spécialisation, ce qui
" est probablement souhaitable." (*)

L'énoncé des matières complémentaires de la psychiatrie sociale n'implique pas que le psychiatre, s'y consacrant, soit plus savant qu'un autre, mais il doit être familiarisé avec l'utilisation d'une équipe particularisée par son genre d'activité.

---

(*) A. LAMARCHE O.C. p. 117 (**)

" Cet énorme travail, il devient de plus en plus évident que nous ne " pouvons le faire seuls ; notre temps est insuffisant et les connaissances " nécessaires sont d'une trop grande étendue.

" C'est pourquoi, il est indispensable que nous accomplissions un tra- " vail d'équipe en constante liaison avec le médecin du travail, les ser- " vices sociaux, les psychologues, les services de la main-d'oeuvre et les " représentants des différentes activités professionnelles, évidemment aussi " les sociologues." (*)

La coordination de l'équipe de réadaptation avec les administrations des organismes de prise en charge est également un facteur de la perméabilité entre secteurs. En effet, une prise en charge n'est accordée que pour un établissement donné, le changement du lieu de réadaptation entraine donc des démarches parfois laborieuses auprès de ces administrations. De plus, l'obtention ou le refus de prise en charge, comme suspendu au-dessus de la tête du handicapé, créent pour celui-ci un climat d'insécurité. Or, le passage d'un secteur socio-professionnel de protection à un autre secteur peut fort bien correspondre à un type administratif d'établissement très différent ; donc le mode des prises en charge peut être variable. Les solutions concevables pour ces modalités de prise en charge sont en effet multiples : prix de journée correspondant à une protection maximale pour les uns, prix de journée avec abattement progressif sur un salaire pour d'autres, forfait médical pour d'autres encore. (**)

Si un malade, placé dans un centre de postcure ou bénéficiant de soins dans un hôpital de jour, se trouve changé de situation pour être l'objet d'un placement familial ou aller résider dans un village pour handicapés, et s'il a conscience des problèmes de sa prise en charge, il ne peut manquer d'en être inquiet. De toute façon, les demandes nécessaires à l'obtention d'une autre prise en charge freineront toujours un tel déplacement.

---

(*) A. LAMARCHE - Facteurs humains de résistance à l'évolution de la société moderne - Congrès de la Ligue Européenne d'Hygiène Mentale - Athènes - 1965

(**) Voir P. SIVADON, MARTE et SIBILEAU - Les possibilités actuelles de l'hospitalisation des malades mentaux - Réunion de la Commission des Maladies Mentales - 25 Avril 1961

" Il serait très favorable que la prise en charge soit faite dès " l'hospitalisation du malade jusqu'à sa sortie finale pour tout le temps " de son traitement où qu'il s'effectue." (*)

La durée de la prise en charge importe également ; sa cessation possible constitue une menace pour le handicapé et pour le travail de la réadaptation. Or, cette possibilité découle d'une information insuffisante. L'organisme de prise en charge délègue son médecin contrôleur pour veiller très légitimement à la judicieuse utilisation des fonds consacrés à la récupération des handicapés. Ici, intervient la notion de coordination du milieu réadaptateur avec l'administration de sécurité par l'intermédiaire de ce médecin.

Celui-ci ne peut avoir que figure d'examinateur du point de vue du malade qu'il reçoit devant lui : de sa décision dépend le sort de celui-ci. Le traumatisme que peut déclencher cette démarche irrite le médecin traitant. De plus le niveau d'adaptation, nous l'avons vu, ne peut se juger que par une observation prolongée "in situ".

Aussi, dans certains cas, pour ne point perturber l'équilibre du patient, pour mieux envisager son évolution, le médecin contrôleur se trouve-t-il condamné à n'examiner que des dossiers, réservant la prise de contact à de rares occasions. Comment cette entrevue exceptionnelle avec un médecin inconnu ne troublerait-elle pas le hancicapé ? Il s'agit bien ici encore de coordination. Le médecin contrôleur représentant l'organisme de prise en charge est par cela même "chargé", également, de plein droit et de plein devoir du handicapé ; sa place est au sein de l'équipe.

Il est bien évident qu'une cessation de prise en charge si elle aboutit à une réhospitalisation de longue durée coûte très cher alors qu'un placement avec prise en charge réduite bénéficie de cette réduction de charge. Plutôt que d'accorder des délais successifs de prise en charge, le médecin contrôleur pourrait maintenir cet accord le juste temps nécessaire. Il suivrait le handicapé, tout au long de sa progression, de ses changements de paliers et d'établissements, assurant ainsi la continuité et le dosage de la prise en charge utile. Il serait,dans l'équipe, le gérant des fonds investis, pour le plus grand intérêt du malade et de la caisse d'assurance.

---

A. LAMARCHE O.C. p. 117 (**)

Il est certain qu'une prise en charge de trois ans, par exemple, est une perte sèche pour la collectivité si elle aboutit à un échec. La même prise en charge maintenue dix ans, s'il le faut, peut revenir moins cher qu'une hospitalisation à vie. Qui mieux que le médecin contrôleur peut assumer cette gestion ? A la condition que son information soit complète, c'est-à-dire qu'il occupe une situation de contact continu dans l'équipe, ses avis seront incontestables. (*)

La coordination de l'équipe réadaptatrice avec les administrations supérieures d'Etat posent le problème de la nomenclature, de la classification de cette structure nouvelle. En effet, les institutions que comporte ce nouveau schéma des soins extra-hospitaliers n'est pas prévu dans le cadre des modes de soins déjà existants, dûment répertoriés, prévus. Ainsi, par exemple comment déterminer le prix de journée d'un centre de réadaptation qui n'est ni un centre d'apprentissage, ni un hôpital ? Cette détermination ne sera faite que par analogie avec des établissements présentant quelques similitude. Cette appréciation se réfère à l'esprit de la loi et non à la lettre. Là encore les relations directes du médecin-directeur de l'équipe avec les représentants de l'administration restant le seul moyen efficace d'information pour celle-ci.

_ Il n'est possible de légiférer que sur des institutions déjà existantes, jugées par une expérience suffisante. Les structures nouvelles sont encore en période expérimentales, recherchant un équilibre ; les fixer dans leurs formes actuelles, par décision légale, ne pourrait qu'entraver leur évolution, paralyser leur développement. Ces recherches représentent les propositions de structures futures que les médecins font à l'Etat. Mais leur élaboration, tant qu'elle reste en gestation, ne peut être brutalement arrêtée par la mise sous nomenclature rigide, s'accompagnant d'un réseau de règlement précis bloquant sa maturation. Parallèlement, l'immaturité ou la simple promesse des projets ne peut guère inciter l'Etat à accorder des subventions régulières dont le bénéfice n'est pas assuré à ses yeux. Du moins, peut-il encourager l'investissement privé par son aide morale, par les facilités qu'il peut procurer à ces jeunes formations

Les initiatives privées, pour bénéficier de la protection de l'Etat, ont donc besoin d'une coordination efficace avec celui-ci. Nous venons de voir

---

(*) Notons que pour autant que cette situation le rapproche du malade, elle constitue une des solutions préventives de l'envahissement du phénomène bureaucratique.

que l'information réciproque constitue cette coordination et ne peut être obtenue que par un contact direct des intéressés. Là où il n'y a pas encore de lois, l'administration gouvernementale ne peut s'exercer par le mécanisme pur et simple de l'application de celles-ci.

La dernière rubrique, concernant les efforts de coordination du médecin avec l'extérieur du réseau, est celle des rapports avec les organismes syndicaux et patronaux. Ces rapports sont entièrement soumis à la tolérance sociale pour le handicapé mental et nous avons vu que, une fois encore, seul le contact direct permet de trouver des solutions au reclassement.

Lorsqu'il s'agit de convaincre un cultivateur de prendre un ouvrier agricole, la relation directe permettant ce placement apparaît simple. Il en est, de même pour le contact du médecin avec un directeur d'usine. Il ne s'agit plus ici d'inciter celui-ci à embaucher une équipe de handicapés, mais de solliciter sa bienveillance pour un essai. Les résultats de ces essais ne se sont pas montrés défavorables jusqu'ici, nous en voulons pour preuve la réussite de l'I.T.O. à Bristol.

En même temps, la protection du syndicat peut être suscitée pour cette équipe de camarades malheureux. (*) La seule précaution, mais indispensable est de ne pas créer une intrusion défavorable, une concurrence déloyale par la protection dont elle bénéficierait.

Il nous parait que seules les entrevues "d'hommes à hommes" peuvent obtenir ces accords. L'utilisation de moyens efficaces pour faire appliquer des règlements (comme ceux de la loi du 23 Novembre 1957 sur les emplois réservés aux handicapés physiques et mentaux) contre le gré de l'entourage ne paraît pas une formule souhaitable. Il paraît plus juste de compter sur le sens civique, nécessaire à l'acceptation de tels règlements, dans une atmosphère de facilitation de son application, c-est-à dire une bonne préparation des handicapés qui

---

(*) " L'idéal serait de pouvoir travailler en collaboration avec les ser-
" vices sociaux et les services de la main d'oeuvre. Quoique coopérants, ces
" derniers accusent trop souvent un manque de formation sur le reclassement
" des mentaux et par là même se trouvent la proie des préjugés habituels.
" l'enseignement de la Santé Mentale devient nécessaire dans la formation
" de tous les travailleurs sociaux." (*)
L. BLANCHARD et M.P. MASTOUILECQ - O.C. p. 62

peuvent en bénéficier. Le médecin doit être présent pour répondre de cette préparation et l'équipe de suite doit veiller au maintien du résultat obtenu par celle-ci. La proclamation autoritaire de "droits" contre de mauvaises volontés ne peut que renforcer la tendance au rejet. La rigidité de telles attitudes d'application de règlements anonymes ne peut que détruire toute coordination véritable.

# RENTABILITE DU SYSTEME

Etudier la rentabilité financière d'un système voué aux soins des malades, pourrait paraître déplacé. Il est bien évident que l'honneur attaché à la profession médicale rend délicate l'étude des valeurs terrestres sur lesquelles est basé le commerce, donc ces contingences ne peuvent que mettre mal à l'aise celui qui a reçu la vocation de soigner. Aussi la seule optique du médecin paraît être l'étude d'une rentabilité morale. Mais l'intérêt de la collectivité qui gère son budget pour le bien-être de tous doit être mis en évidence dans une telle affaire. Autrement dit, le point de vue de la société sur la médecine que nous exerçons semble devoir être pris en considération par le médecin qui veut suivre la voie de la psychiatrie sociale.

Terminer ce travail sur les milieux protégés par l'étude de la coordination qu'ils nécessitent nous a paru logique . Compléter celle-ci par la rentabilité qui en mesure l'efficacité paraît juste.

Nous nous proposons donc d'envisager une rentabilité morale, celle qui nous est chère, et également les rentabilités économique et financière qui mettent en évidence les possibilités ou les difficultés de créations nouvelles.

Il parait bien difficile d'évaluer une rentabilité morale qui pour les réadaptateurs ne peut que paraître évidente devant le nombre de malades reprenant confiance en leurs possibilités ou goût à la vie grâce à ces structures nouvelles. (Rappelons que les handicapés bénéficiant actuellement des méthodes de réadaptation sont ceux qui ne peuvent pas espérer un placement direct suivi de résultats stables).

Pour essayer de fournir quelques précisions dans ce domaine, les statistiques semblent proposer la meilleure méthode. Nous prendrons les exemples du foyer de postcure de"l'Elan Retrouvé"(*)des foyers sociothérapiques de Bordeaux ,et du C.P.R.S.A.O.

---

(*) P. SIVADON, R.AMIEL et S. BAULE - Trois années de fonctionnement d'un centre de postcure pour malades mentaux - An. Médic. Psy. - N° 1 - 1960 - et mêmes auteurs - La reprise d'une activité professionnelle dans le cadre d'un centre de postcure psychiatrique - Archives des maladies professionnelles - t 22, N° 11 - 1961

L'équipe de "L'Elan Retrouvé" , pour l'établissement d'une statistique de ses placements portant sur quatre années de 1956 à 1960, a pu suivre 118 cas de reclassements professionnels sur 173 sorties(les autres cas se répartissent en rechutes : 38, décès : 5 , perdus de vue :13). Elle propose la comparaison des niveaux professionnels antérieurs et postérieurs à la maladie : niveaux basés sur la qualification ou le poste de travail défini sur le certificat de travail ou la feuille de paie. Elle distingue trois catégories : les surclassés qui ont été l'objet d'une promotion sociale, les reclassés placés à la sortie à un niveau égal à celui qu'ils avaient avant, les déclassés récupérés pour la société mais à un niveau inférieur par persistance d'un déficit psychique ou par séquelle de troubles mentaux.

Les résultats bruts auxquels nous nous tiendrons sont :

surclassés : 27 %

reclassés : 52 %

déclassés : 21 %

Notons dans ces résultats le nombre supérieur des surclassés par rapport à celui des déclassés en tenant compte du fait qu'il s'agit de malades dont les pronostics d'entrée étaient sévères.

Quant aux statistiques portant sur le nombre de reclassements de handicapés ayant fait un séjour au Centre de "L'Elan Retrouvé" établies avec un recul de 1 à 4 ans suivant les cas, nous trouvons 45 % de réussites incontestables basées sur des critères d'adaptation professionnelle. Cliniquement considérées, 20 % des cas réadaptés socialement mais déclassés professionnellement ou instables dans leurs emplois ramèneraient ce pourcentage à 65 %. Or ce pourcentage ne tient pas compte des malades sortis sans avoir pu profiter normalement du traitement, c'est-à-dire des indications douteuses à l'entrée ou des malades soustraits trop tôt à l'influence bénéfique du séjour ( "1/3 des entrées de juillet 1956 à février 1957 étaient des cas d'une gravité au-delà des moyens thérapeutiques du moment" ).

Pour les foyers sociothérapiques de Bordeaux dont l'équipe se refuse aux statistiques, n'estimant pas suffisant encore le nombre des cas traités, nous trouvons cependant environ 3/4 de bonnes réussites tant sur le plan autonomie que sur le plan travail ( 58 malades accomplissent un travail incontestablement normal sur 77 sorties suivies en 1966 ).

Après ces très rapides exemples, nous préférons examiner de plus près les résultats du C.P.R.S.A.O. que nous connaissons plus intimement. Les deux premiers établissements pris pour exemples montrent des résultats sensiblement égaux. Les différences majeures tiennent surtout à leur expression, au choix des critères, aussi devons-nous préciser les nôtres.

Les résultats statistiques peuvent être mensongers, il est bien commun de le rappeler lorsque les critères ne sont pas très précisément énoncés et lorsque l'esprit dans lequel ils ont été établis n'est pas suffisamment défini. Ainsi, une statistique médicale, annonçant les réussites ou les échecs, ne peut pas se comparer du point de vue esprit avec le décompte des réalités sociales qui nous intéressent plus particulièrement en réadaptation.

Qu'est la guérison d'un schizophrène ? Sur quels critères doit-on se baser pour l'affirmer ? Nous pensons qu'ici, tout le problème de la subjectivité de l'appréciation de la barrière entre le normal et le pathologique se pose. Telles sont les difficultés des statistiques médicales.

En réadaptation, seul le reclassement social à un niveau de tolérance permettant sa stabilité nous importe. La stabilité peut s'exprimer en stabilité professionnelle : le handicapé change-t-il souvent de place ? Nous nous proposons de ne point entrer dans ces précisions qui paraissent encore trop cliniques. Nos critères se voudraient entièrement d'ordre social : un malade pris en charge par la société est reclassé lorsqu'il n'est plus à charge, lorsqu'il travaille et se montre ainsi utile, lorsqu'il paie ses impôts et cotise aux assurances. Il s'agit là, en quelque sorte, d'un jugement de valeur d'ordre économique.

Il ne saurait être question de refuser la statistique médicale et ses critères de guérison, mais celle-ci rentre dans une autre rubrique où les mêmes chiffres seraient traités différemment.

Un handicapé reclassé est généralement suivi et l'entretien de l'équipe de suite reste bien évidemment une charge, aussi minime soit-elle, pour la collectivité. Cependant, le rôle de cette surveillance, quoique thérapeutique dans la mesure où elle apporte un sentiment de sécurité, n'entre pas en ligne de compte dans la détermination des critères de réussite de la réadaptation.

Ces équipes de suite font normalement partie des services publics au même titre que les équipes de détection prophylactique dans l'organisation du champ communautaire de la santé mentale. Elles exercent d'ailleurs une véritable prophylaxie de la rechute. Le coût de l'entretien de telles équipes peut irriter parce qu'elles sont nouvelles dans la structure, mais il ne saurait être question de les considérer autrement qu'indispensables, et leur inexistence antérieure était une carence.

La durée du reclassement peut être envisagée pour le calcul économique de l'opération de réadaptation. Le bilan pourrait alors être établi ainsi : coût de l'opération de réadaptation d'une part, économie de prise en charge pendant le séjour à l'extérieur d'autre part. Mais alors également, un reclassement définitif c'est-à-dire non suivi de rechute, s'exprime en années de survie. Ces problèmes de bilan sont du ressort des calculs d'actuaires. Notre critère est le reclassement à vie.

Nos résultats portent sur un nombre total de 492 sorties en cinq ans ( de 1961 à 1966). Nous nous refusons à standardiser une durée de protection par le service de suite. Aussi choisir pour critère de durée de reclassement 6 mois ou 1 an d'autonomie sans rechute ne nous paraît pas honnête. Les résultats sont donc exprimés sur des reclassements tenant depuis 1 à 5 ans, en fonction de la date des sorties. Toute rechute sur ces cinq années, seul recul dont nous disposions, est considérée comme un échec.

Le pourcentage de réussites majeures suivies, donc incontestables pour tous les points de vue, même étrangers au raisonnement économique, est de 33 % (164 sur 492). Une même rigueur inverse, c'est-à-dire tenant compte du raisonnement économique, donne un pourcentage d'échecs de moins de 10 %. Les quelque 57 % restants sont des résultats partiels ou qu'il convient de classer différemment suivant l'optique adoptée.

Prenons maintenant notre point de vue social : sur 492 sorties, 78 cas n'ont pas pu bénéficier du traitement pour des raisons diverses, la cause la plus fréquente étant la suppression prématurée de la prise en charge. 22 décès survenus sur ces 492 sorties sont également à soustraire de ce nombre puisque nous omettons le point de vue médical ( les morts subites après sortie, les suicides par rechute seraient autrement comptés comme échecs, les accidents ou affections intercurrentes seraient dans ce cas non considérés) .

Ainsi donc, notre calcul s'établit sur 392 cas.

Le mouvement du Centre de 492 sur cinq années est à peu près de 100. Mais tenant compte de ce raisonnement, nous parlerons d'un mouvement efficace de 78. La proportion de ces deux nombres peut exprimer le rendement de la coordination.

Sur les 392 sorties sur lesquelles les méthodes de réadaptation avaient pu être appliquées, nous comptons 49 échecs, c'est-à-dire des rechutes avec retour à l'hôpital, soit environ 13 %.

164 très bons reclassements, avec maintien d'une situation professionnelle, représentent 42 %.

18 cas sont réinsérés sans situation valable, soit 4 %.

Du point de vue énoncé plus haut, nous avons donc soustrait de la prise en charge 46 % de handicapés.

155 cas ont échappé à la protection du service de suite et ne sont donc pas décomptés en bons ou mauvais résultats, nous y ajouterons 6 cas étiquetés "divers". Ce qui donne une fourchette d'imprécision de 41 %.

Il est évident que les retours à l'hôpital nous sont pratiquement signalés et que les débuts de rechute sont matière à des appels à notre aide de la part de l'entourage des handicapés. Aussi avons-nous de bonnes raisons de penser que ces 41 % ont réussi plus ou moins leur réinsertion sociale et veulent oublier les circonstances de leur passé pathologique.

Toutefois nous nous contenterons d'établir par probabilité simple le pourcentage de réussite pour ceux-ci, admettant que la partie cachée du tout est semblable à la partie visible. Ce raisonnement introduit, à coup sûr, une erreur puisqu'il y a une corrélation certaine entre l'état de santé de ces patients et leur silence, cette erreur jouant dans le sens défavorable où elle diminue le nombre des réussites, nous pouvons compter sur une probabilité minimale de 77% de reclassements sociaux.

Ce pourcentage parait considérable . Rappelons qu'il n'exprime pas le résultat d'une statistique clinique de réussite totale. D'ailleurs le chiffre énoncé plus haut de 33 % correspondrait à l'optique médicale s'il était complété par le pourcentage des améliorations. Il serait alors également élevé car il faudrait tenir compte d'un certains nombre de cas de reclassement impossible mais ayant cependant progressé.

La comparaison avec les exemples précédents ( l'Elan Retrouvé et les Foyers de Bordeaux) nous rassure, par l'évidence de la similitude qui en ressort, sur une erreur avantageuse introduite dans notre décompte ou sur la possibilité d'un optimisme exagéré dans notre raisonnement.

De tels résultats confirment l'intérêt des méthodes et laissent espérer une amélioration possible lorsque tout le système sera en place. Car même si les progrès de nos handicapés étaient d'ores et déjà sollicités d'une manière optimale, le rendement de la coordination (78 %),énoncé plus haut, peut et doit être augmenté.

La rentabilité économique exprime le point de vue du bilan financier pour la collectivité entière. Nous prendrons pour exemple le C.P.R.S.A.O. sur lequel notre information est directe et facile.

77% de malades ne bénéficiant plus de prise en charge, sur 392 en cinq ans, expriment qu'en moyenne un peu plus de 60 malades par an sont replacés dans la société.

Sans réadaptation, ceux-ci seraient restés à l'hôpital et auraient coûté à la société un prix que nous estimerons au minimum de F 10 000 par an (moyenne des prix d'année d'hôpital en 1961).

Ces économies de prise en charge sont le fait du C.P.R.S.A.O. dont la réalisation a coûté un peu moins de F 10 000 000.

Il est possible sur ces bases approximatives de calculer l'amortissement économique de cet investissement en tenant compte du cumul :

2ème année :
60 sorties - économie F 600 000
3ème année :
120 sorties - économie F 1 200 000 + report F 600 000 = F 1 800 000
4ème année :
180 sorties - économie F 1 800 000 + report F 1 800 000 = F 3 600 000
etc...

Nous voyons que l'amortissement est obtenu au bout d'un peu plus de six ans. L'intérêt d'une telle création pour l'économie nationale ne peut échapper. Rappelons que le handicapé réhabilité paie ses cotisations, ses impôts et que son travail profite à la collectivité ; cet aspect est difficilement chiffrable.

Il reste toutefois un résidu de charge : le remboursement des spécialités psychopharmaceutiques nécessaires au handicapé après sa sortie. Mais nous avons vu qu'au cours de la réadaptation, on 'assistait à une réduction des doses, le résidu n'en sera que moindre.

Un autre aspect économique est le retentissement de l'implantation d'un centre sur l'économie régionale. La somme des salaires payés par le C.P.R.S.A.O. en un an avoisine le million de francs. Les pensionnaires reçoivent en pension d'invalidité ou autres environ F 100 000 , les familles de ceux-ci , lors de leur séjour, dépensent aux alentours de F 50 000. Ces sommes sont déversées annuellement dans le commerce régional, celui-ci en ressent un développement qui se montre évident.

L'aspect financier , enfin, doit montrer la bonne rentabilité d'un tel placement pour l'organisme privé se chargeant de la construction d'un centre de réadaptation. Le C.P.R.S.A.O. constitue à l'origine un capital de F 10 000 000. L'organisme promoteur en reste propriétaire et touche annuellement un loyer correspondant à 4 % du capital. La valeur immobilière, du fait des activités du centre, est constamment entretenue et s'accroit donc de la valorisation générale de 4 % par an. Les activités de plus ne se contentent point d'entretenir mais valorisent les terres qui ainsi deviennent de plus en plus rentables (en particulier valorisation de polders au C.P.R.S.A.O.) . Le retentissement de l'implantation du Centre, sur l'économie régionale, ainsi que nous venons de l'évoquer, augmente la valeur marchande du terrain, et ceci dans un contexte particulier car il s'agit,dans cet exemple,d'une région touristique dont le faible développement était mal assuré par les quelques mois de la saison estivale.

La création de fonctions salariées et le passage incessant des familles de malades assurent tout au long de l'année le commerce local, provoquant un essor qui retentit sur l'agrément touristique et amplifie l'apport des touristes. La valorisation financière de ce Centre suit donc la valorisation du site.

Nous ne pouvons que laisser aux spécialistes des finances le soin d'envisager la rentabilité de l'investissement dans la construction de semblables institutions ; ce rôle n est point nôtre.

Ces deux rubriques économique et financière paraissent nous avoir éloigner du handicapé. Cependant, elles désignent toutes les possibilités de réalisation de cette structure nécessaire à la réadaptation de nos handicapés, montrant que cette oeuvre n'est pas inutile, que ces investissements ne sont pas infructueux, bien au contraire. Elles découvrent la judicieuse clairvoyance de ceux qui eurent le courage de financer les premières réalisations, les Caisses des Mutualités Agricoles pour le C.P.R.S.A.O.

# C O N C L U S I O N S

Les progrès des techniques de soins et plus particulièrement l'avènement récent de la psychopharmacie amènent dans des délais raisonnables la rémission, le redressement suffisant du comportement, voire la guérison du malade mental. Cette réussite de la médecine psychiatrique nous a fait prendre conscience de l'importance du problème posé par le retour du handicapé dans la vie sociale.

La Réadaptation a pour but de permettre au handicapé de se servir pleinement de ses possibilités pour atteindre le maximum d'autonomie dont il est capable.

Les Milieux Protégés constituent les stades intermédiaires, pouvant devenir définitifs dans quelques cas, à cette réinsertion.

Implantés au plus près du milieu naturel, ces enclaves protégées sont, pour le psychiatre, vis à vis des interréactions du malade et de la société, des postes d'observation et d'action privilégiés, instruments de la réalisation de cette aspiration fondamentale de la psychiatrie ;

- envisager globalement l'individu et son milieu
- traiter par réajustement de l'équilibre rompu entre ses deux éléments.

A l'occasion d'un certain nombre d'échanges internationaux, des points communs se sont dégagés sur lesquels l'accord semble s'être fait. Par ailleurs, certains problèmes sont considérés par la plupart des experts comme objets d'étude privilégiés.

I - Notions paraissant actuellement acquises :

a) Lors de l'arrivée du handicapé dans un milieu protégé, à la sortie de l'hôpital, ainsi que lors de son insertion effective dans la société, on constate l'apparition d'une crise d'adaptation, d'autant plus importante que les conditions de vie présentent des différences portant sur :

- le degré d'autonomie
- le niveau de travail
- l'éloignement géographique
- l'entourage amical, l'environnement.

b) Il résulte de ce fait qu'une période de résolution de la crise doit être aménagée au début de la réadaptation et qu'un temps de prévention de la crise prévisible de sortie doit être réservé en fin de séjour. Or il est remarquable que les centres de réadaptation de conceptions indépendantes retrouvent toujours trois périodes nettement déterminées découpant le séjour :

- Réentrainement-observation-orientation
- Réadaptation proprement dite
- Période probatoire - sorties-tests.

c) Une seconde solution palliative unanimement préconisée consiste à adoucir ces différences de conditions de vie, génératrices de crises. Elles s'expriment par la nécessité d'aménagement de paliers successifs :

. entre la vie hospitalière et la réintégration d'un milieu naturel
. entre la thérapeutique active et la postcure ambulatoire
. entre le maternage et la distanciation
. entre la psychothérapie duelle régulière et la libre consultation en passant par les psychothérapies de groupe et institutionnelles
. entre la dépendance et l'autonomie.

Ces paliers correspondent à des organisations où sont mesurés en progression inversement proportionnelle les termes des éléments dialectiques énoncés ci-dessus. Ce sont notamment :

- les centres de réadaptation
- les ateliers et foyers protégés

- les hôtels et appartements mis à la disposition des handicapés
- les clubs d'anciens malades.

d) Pour obtenir la réinsertion du handicapé il paraît nécessaire :

. de mobiliser sa volonté sur une juste motivation

. de ne lui proposer qu'un travail à sa mesure : si le but proposé est trop bas, l'intérêt est insuffisant et le handicapé régresse ; il en est de même si le but est trop difficilement accessible, l'échec entrainant le découragement et la régression.

. de lui faire assumer son handicap : l'acceptation passive du handicap n'est que découragement enlisant . Son oubli volontaire pousse à l'imprudence et à l'abandon du traitement. Sa surcompensation en est périlleuse et doit être soigneusement endiguée.

e) L'activité du niveau dit de réadaptation est caractérisée par une formation professionnelle, véritable travail faisant suite à l'ergothérapie hospitalière et s'en distinguant par son authenticité et sa réalité. Cette rencontre avec le réel présente l'inconvénient d'une certaine insécurité mais ce travail a l'avantage de son utilité sociale évidente.

f) Par le moyen de son service social le milieu protégé prépare le retour du handicapé en aménageant un microclimat de confiance nécessaire à son acceptation. Le handicap sera d'autant plus aisément assumé que le degré d'utilité du handicapé pour la collectivité sera plus élevé ; cette utilité maximale ne peut être obtenue que par une connaissance précise des besoins du milieu naturel.

g) L'énoncé des moyens à mettre en oeuvre fait ressortir la structure de l'équipe et ses tâches : la connaissance du milieu, du malade, du métier nécessite le travail d'une équipe médico-socio-professionnelle dirigée par un psychiatre. La participation du médecin conseil de l'organisme de prise en charge est également souhaitable.

h) Quant au service de suite : l'essentiel de l'activité de l'équipe étant orienté vers la réinsertion dans le milieu naturel, le critère de réussite sera la permanence ou tout au moins la durée de cette réinsertion. L'importance du service social pour suivre le handicapé à chaque palier de sa réadaptation est comparable à celle que l'on accorde au traitement médical en milieu hospitalier.

i) Un danger à éviter est d'enfermer le handicapé dans un système trop étroit de réadaptation. Il convient donc d'établir un réseau de milieux protégés coordonnés entre eux d'une manière suffisamment souple, permettant aux équipes d'assurer la fluidité nécessaire entre ces milieux, l'hôpital et la société.

## II - Tendance des recherches futures

a) La thérapeutique médicamenteuse pose un problème délicat au cours de la réadaptation. On assiste en effet souvent lors de la mise au travail, lors d'un changement de vie ou même d'une simple variation de l'ambiance, à la rupture de l'équilibre du traitement ; tels effets secondaires, bien supportés ne le sont plus ou constituent un inconvénient grave en milieu naturel. Hors de l'hôpital, la régularité du traitement ne peut être assurée que par sa simplification et son adaptation au mode de vie du sujet.

b) L'orientation professionnelle du handicapé reste sans solution claire, elle semble dépendre :

- de la structure de la personnalité du sujet
- du marché du travail et de ses fluctuations
- de la formation socio culturelle de base
- du type de handicap

Dans le travail, la monotonie ou la trop grande diversité est mal supportée. Ce n'est pas tant la nature du travail qui importe que la complexité des rapports et la qualité émotionnelle des relations qu'il implique, avec le matériau et l'environnement.

c) La rentabilité sociale des équipes de réadaptation pose le problème de la recherche d'un juste équilibre entre les dépenses à investir et le bénéfice moral et économique que l'on peut en attendre. Il faut multiplier les études permettant de démontrer ce qui apparait à l'évidence : l'hospitalisation prolongée constitue un dangereux gaspillage. Le coût des services de réadaptation bien équipés sera toujours inférieur à celui des services hospitaliers de qualité analogue.

d) La recherche doit être également orientée vers la mise au point de méthodes de formation de médecins et de leurs auxiliaires en ce qui concerne cet aspect de la psychiatrie sociale ainsi que de l'information des responsables de la Santé Publique et de l'Economie.

---

Telles paraissent être les premières conclusions d'une pratique de la psychiatrie sociale, très jeune actuellement et dont le développement et les techniques précises sont encore du domaine du futur, mais dont les premiers résultats indiquent la vigueur et l'intérêt.

# B I B L I O G R A P H I E

## Travaux cités


- J. de AJURIAGUERRA et F. JAEGGI - La place de la réadaptation dans la psychiatrie moderne - Rev. Réadaptation - Sept. Oct. 1966.

- G. BACHELARD - La Terre et les rêveries de la volonté - Corti ed.

- BAILLY-SALIN - Intervention lors d'une discussion sur "l'attitude de la société à l'égard des maladies mentales" - Hyg. Ment. N° 1-1959.

- R. BASTIDE - Sociologie des maladies mentales - Flammarion.

- L. BLANCHARD et M.-P. MASTOUMECQ - Expérience du service social au centre de postcure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest - Congrès de la Féd. Europ. d'Hyg. Ment. - Vienne - Juin 1967.

- Y. BRUN - BLOULER - A propos de conduites d'autorité de malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental - Thèse - Toulouse - 1961.

- CAROTHERS - The african mind in health and disease -W.H.O. Genève - 1953.

- Bruno CASSINELLI - Histoire de la folie.

- P. CHANOIT - Attitude de la société à l'égard des maladies mentales - Rapport Hyg. Ment. N° 1 -1959.

- CHAUCHARD - Sociétés animales, sociétés humaines - P.U.F.

- F. CLOUTIER - La santé mentale - P.U.F. 1966

- Colloque sur les Milieux Protégés - organisé par la Ligue Européenne d'Hygiène Mentale à Billiers - Mai 1966.

- J. DELAY ET P. DENIKER - Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie - Masson - 1961

- M. DEMANGEAT - Les foyers sociothérapiques de Bordeaux - Colloque européen sur les Milieux Protégés - Mai 1966. - Billiers.

- S. DEMANGEAT - Sociothérapie des schizophrènes en milieu ouvert - Thèse - Bordeaux - 1967.

- H. DUCHENE - Misère de la psychiatrie - N° spéc. d'Esprit XX - 12.1952.

- DURKHEIM - Règles de la méthode sociologique.

- Donald F. EARLY - The Industrial Therapy Organisation -(Bristol)- Lancet 2,754 - 1960.
Les Hôtels Protégés - Colloque européen sur les Milieux Protégés - Billiers - Mai 1966.

- Donald EARLY and R. MAGNUS - Population trends in a mental hospital - Brit. J. Psychiat. - 112,595 - 1966.

- H. EY - Organisation des services psychiatriques en France - Colloque Franco-Allemand - Bonneval - 1966.

- FAUCONNET et MAUSS - Sociologie - in Gr. Encycl. (Berthelot).

- H.E. FREEMAN and O.G. SIMMONS - Mental patients in the Community; Family settings and performance levels - Américc. Soc. Rev. - 23,2 -1958.

- G. FRIEDEMANN - Le travail en miettes et où va le travail humain ? Gallimard.

- F. JAEGGI - Organisation de l'hygiène mentale à Genève et activité de réadaptation -Rev. prat. psycho. " Vie Sociale et Hygiène Mentale" - N° 1 - 1967.

- A. LAMARCHE - Rapport de la commission sur l'hygiène mentale du milieu rural. Hyg. Ment. N° 1 - 1960.

- Causes psychologiques du déséquilibre du milieu rural Rev. Croix-Rouge "Vie et Bonté" N° 133 - 1962.

- Importance de l'adaptation au métier pour l'équilibre de la personnalité. Communication à la XVIIème réunion annuelle de la Féd. Mond. pour la Santé Mentale - Berne - Août 1964.

- Facteurs humains de résistance à l'évolution de la société moderne Congrès de la Ligue Européenne d'Hyg. Ment. Athènes - 1965.

- Le Centre de Postcure et de Réadaptation Sociale Agricole de l'Ouest Colloque européen sur les Milieux Protégés - Billiers - 1966.

- A. LAMARCHE et V.-J. LIABOT - L'interrogatoire dans un centre de postcure et de réadaptation sociale agricole pour handicapés mentaux- Congrès de l'Association de Psychologie Médicale - Bruxelles - Sept. 1962.
L'Information Psychiatrique novembre 1964 - N° 9

- A. LAMARCHE, V.-J. LIABOT et L. BLANCHARD - Aperçu historique de la création d'un centre de postcure et de réadaptation pour malades mentaux.

- L. LE GUILLANT - Psychopathologie de la transplantation. Monog. 7 Inst. Nat. d'Hyg. - PARIS 1955.

- A. LEON - Psychopédagogie de l'orientation professionnelle - P.U.F. - 1957.

- Ben Z. LOCKE, M. KRAMER, Ch. TIMBERLAKE, E. PASAMANICK et D. SMELTZER
Problems in interpretation of patterns of first admissions to Ohio state public mental hospitals for patients with schizophrénic relations.
Psy. Res. Rep. - 1958.

- E.MANCINI, C. LECCE et A. CANALINI - Les affinités électives des malades mentaux. Note e riviste di psichiatria - N° 3 - Juil. Sept. 1964.

- Maurice G. MARCUS and Marshall EDELSON - Priorities in Community mental health programs a theorical formulation - Psychiatrie Sociale - Août 1967.

- MONTAIGNE - Les Essais.

- P. NAVILLE - Théorie de l'orientation professionnelle - Gallimard - 1945.

- J. C. NUNNALLY Jr. - Popular conception of mental health, their development and change - New-Yord - 1961.

- TALCOPT PARSONS - Eléments pour une sociologie de l'action - Plon - 1955.

- Benjamen D. PAUL ed. - Health culture and community - New-York- 1955.

- Y. PELICIER - Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique. Masson - 1964.

- H. PEQUIGNOT - Faut-il rationner la culture ? - Concours médical - N° 39 - 1967.

- H. PIERON - Vocabulaire de la psychologie . P.U.F. - 1963.

- E. PLANET - Contribution à l'étude des incidents et accidents dus aux nouvelles chimiothérapies en usage en neuropsychiatrie - Thèse - Toulouse - 1965.

- Howard ROME - What we must do - American Psychiatric Association - Washington DC- Fev. 1965.

- P. SIVADON - La notion de modèle analogique en psychiatrie sociale.
  - Les phases d'organisation d'une communauté thérapeutique IIIème Congrès Mondial de psychiatrie - Montréal.
  - Le problème de l'espace à l'hôpital psychiatrique. Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica - 1962.
  - Les conditions d'adaptation des déficients mentaux. Congrès International sur l'Education et l'Intégration des Handicapés Mentaux - Bruxelles -1963.
  - Traitement et réadaptation des malades mentaux - Séminaire à Buenos Aires 19
  - L'adaptation au changement - Conférence prononcée à l'Assemblée Générale des Surintendantes d'usines et de services sociaux - 11 fév. 1964.
  - Therapie et adaptation - Communication à la société de psychiatrie de l'Est Strasbourg - 1964.
  - Adaptation de l'homme au monde moderne - Rev. "Le Trait d'Union" N° 6. 1964-65.

- P. SIVADON.
Le problème des psychoses chroniques dans les conceptions modernes de la psychiatrie sociale - Sandorama - N° Spéc. Congrès de Madrid - 1966.

- Quelques principes de la thérapie institutionnelle. Rev. "L'Evolution Psychiatrique - N° 2 - 1966.

- Facteurs psychologiques de la Réadaptation. Rev. " Réadaptation" Janv.1967

- P. SIVADON, R. AMIEL et S. BAUME - Trois années de fonctionnement d'un centre de postcure pour malades mentaux - An. Médic. Psy. t 2 N° 1 - 1960.

- La reprise d'une activité professionnelle dans le cadre d'un centre de postcure psychiatrique - Archives des maladies professionnelles - t 22 N° 11 - 1961.

- P. SIVADON, R. AMIEL et F. GANTHERET - Contribution à la réadaptation sociale des malades mentaux par les activités physiques et sportives. I.N.S. Rev. " L'Homme sain" N° 4 - Oct. 1962.

P. SIVADON et F. GANTHERET - La rééducation corporelle des fonctions mentales Ed. Soc. Franc. 1965.

- P. SIVADON, MARIE et SIBILEAU - Les possibilités actuelles de l'hospitalisation des malades mentaux - Réunion de la Commission des maladies mentales 25 avril 1961.

- L. STER. - Kulturkreis und Formor geistigen erkrankung - Halle - 1913.

- A. et H. TORRUBIA - Contribution à la psycho pathologie sociale - Inst. Nat. d'Hyg. - Monogr. 7 -1955.

- J-C. TRICOT - La presse quotidienne et la maladie mentale - Hyg. Ment. t.LVI N° 1.

- TSUNG-YI-LING - Les effets de l'urbanisation sur la santé mentale - Rev. Int. des Sc. Soc. Unesco - XI,1. 1959.

- VAUVENARGUES - Maximes

- J. de VERBIZIER - La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail - 1954

- J. de VERBIZIER, Y. BLEULER et Mme ARBUS - DAIIER - Apport de l'hôpital psychiatrique à la connaissance de l'homme au travail - Archives des maladies professionnelles - t. 22 N° 11 - 1961

- WALLON - Les origines du caractère chez l'enfant - P.U.F. 1934 -
- Préface de psycho-pédagogie de l'orientation professionnelle- P.U.F. 1957

- WING - Réhabilitation of psychiatric patients - Brit. J. Psychiat. 1963

- J. L. WOODWARD - Changing ideas on mental illness and its treatments - Americ. Soc. Rev. XVI, 4 - 1951

---

COMPLEMENT BIBLIOGRAPHIQUE.

Vouloir établir une bibliographie exhaustive sur un sujet aussi vaste que celui qui inspira ce travail nous a paru constituer une tâche dont l'ampleur nous a forcé à l'humilité.

Nous ne pouvons cependant omettre de signaler plus particulièrement les travaux dont les bibliographies nous ont été précieuses :

- R. BASTIDE - Sociologie des maladies mentales - Flammarion - (notes en bas de pages,

- R.E. BECKER - An Evaluarion of a Rehabilitation Program for Chronically Hospitalized Psychiatric Patients - Psychiatrie Sociale - Mai 1967

- Y. BRUN BLEULER - A propos de conduites d'autorité de malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental - Thèse - Toulouse - 1961

- S. DEMANGEAT - Sociothérapie des schizophrènes en milieu ouvert - Thèse - Bordeaux 1967

- D. GOLDBERG - Rehabilitation of the Chronically Mentally Ill in England - Psychiatrie Sociale Mai 1967

- E. PLANET - Contribution à l'étude des incidents et des accidents dus aux nouvelles chimiothérapies en usage en Neuro-Psychiatrie - Thèse - Toulouse 1965

- J. de VERBIZIER - La crise de Réadaptation Sociale à l'occasion de la reprise du travail - 1954

Vu,
le Doyen
G. BROUET

Vu,
le Président de Thèse
J. DELAY

Vu et permis d'imprimer,
Paris le 25 Octobre 1967
Le Recteur de l'Académie de Paris.